FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ENSAYO CRÍTICO

DE LOS PRINCIPALES

PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS

DE

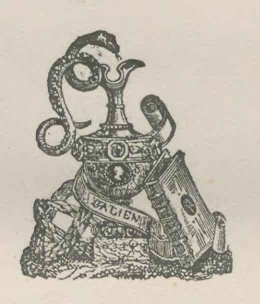
COLOSTOMÍA

TÉSIS INAUGURAL

POR

EDUARDO NICOLIN Y ECHANOVE

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México,
interno del Hospital General de San Andrés y ex-interno de los hospitales de
Maternidad é Infancia.



MÉXICO

OFICINA TIPOGRAFICA DE LA SECRETARIA DE FOMENTO

Calle de San Andrés número 15.

1887

A mis queridos hermanos

El Señor Licenciado D. Manuel Nicolin y Echanove

y la señora su esposa

Doña Cristina Gutiérrez de Estrada de Nicolin,

como viva expresion de inmensa gratitud y sincero afecto.

QUERIDOS HERMANOS:

SI este pobrísimo trabajo mereciere en el concepto público, siquiera sea por el intento y la consagracion, los últimos honores de una sencilla dedicatoria, á nadie, con mejor voluntad y mayor justicia puedo tener la satisfaccion de dedicarlo, que á vosotros, que, al tierno título de hermanos, por mí tan queridos y respetados, unís el de constantes, desinterados y eficaces protectores de mi educacion médica. Estos para mí grandes merecimientos, me impulsan á cumplir el grato deber de colocar vuestros nombres al frente de estas páginas; nombres, por otra parte, á cuyo abrigo y bajo cuyo patrocinio creo que adquirirán un valor que el mio sólo no puede darles.

Al dedicároslas, permitidme únicamente añadir á los vuestros, los nombres de los maestros queridos que, con celoso empeño y bondadosas deferencias, me han dispensado, durante los años escolares, las enseñanzas necesarias para el honroso título á que opto ahora; señalando con especialidad, por los beneficios de que más particularmente me reconozco

agradecido deudor, los de los Sres. Dres. D. Eduardo Licéaga y D. Rafàel Lavista, á quienes juzgo que no por reconocimiento y afecto, sino en debida justicia, puedo contar en estas breves líneas, entre las más grandes glorias de la Medicina y de la Cirugía nacional contemporánea.

Eduardo Nicolin y Echanove.

INTRODUCCION.

"En ciertos casos de urgencia no hay flebotomiano, ni doctor en medicina, ni cirujano, ni enciclopedista, ni especialista, sino solamente, de un lado, un hombre en peligro de muerte pronta, y enfrente de él, otro hombre que puede salvarlo por una intervencion *rápida* y bien conducida. Si este último, tímido ó inhábil, aplaza el acto salvador, compromete la vida de su semejante, asume sobre sí una gran responsabilidad, inclusive el homicidio involuntario."

El conocimiento de estas palabras de Verneuil y de varios ejemplos de vicios de conformacion ano-rectales, siendo internos en los hospitales, nos hicieron concebir la posibilidad de encontrarnos alguna vez en la necesidad de practicar con urgencia la colostomía, como el único tratamiento racional de estas anomalías, y quisimos desde entónces elegir por asunto de "Tésis inaugural" un ensayo crítico é histórico de dicha operacion.

En ésta, lo mismo que en la traqueotomía y la operacion de la hernia estrangulada, el camino más seguro que hay que seguir y el manual operatorio, deben ser familiares á los médicos ménos avezados á las dificultades de la práctica quirúrgica, cualquiera que sea su título oficial ó su rango en la jerarquía científica.

Como no se puede juzgar del valor de una operacion sin conocer las causas ó enfermedad que la reclaman, voy á recordar bre-

vemente la patología de los vicios de conformacion del ano y del recto, hablando:

1º De la historia de la colostomía.

2º De los síntomas.

3º De las variedades operables de la anomalía, abandonando aquellas que por su naturaleza entran en el dominio de lo que se ha llamado deformidades, y salen completamente de la práctica para ser clasificadas en la teratología.

4º Del diagnóstico.

5º Crítica terapéutica.

Tratando de nacionalizar este trabajo para huir de ese tinte de extranjerismo tan comun en esta clase de escritos, hemos tropezado con dos escollos: la escasez de los datos estadísticos de las operaciones y lo imperfecto de ellos.

Todos sabemos que, por razones muchas veces atendibles, son contados entre nosotros los médicos que llevan metódicamente los libros de estadística en su consulta particular. En los hospitales se sigue á veces, por causas que no está en la mano corregir, una rutina poco de acuerdo con los adelantamientos de esta ciencia.

Con frecuencia se ven en las historias clínicas, formadas por estudiantes, largas digresiones sobre la apreciacion de los fenómenos, olvidándose de anotar con precision el diagnóstico anatómico y los hechos capitales bajo el punto de vista operatorio. De aquí lo escaso, rutinario é incompleto de que creemos adolecen muchas de nuestras estadísticas. Mas no basta que tengamos estadística, es necesario que la tengamos perfecta.

La estadística es una cosa buena en sí misma, es un medio precioso y que en Medicina puede conducir á la verdad; pero á la que se le hace decir lo que se quiere, cuando se está animado de un espíritu poco filosófico. Malgaine ha usado mucho la estadística, y á él toca el honor de haberla rehabilitado; él introdujo de nuevo este modo de investigacion científica. Sin embargo, nos vemos obligados á declarar sin jactancia, que ha forzado la interpretacion de las cifras. Con el fin de hacer resaltar los resultados obtenidos por las diversas operaciones, toma cierto número de operados, pone de un lado los éxitos felices y de otro los fracasos, y compara el

pequeño número de unos con el gran número de otros. Este sistema vicioso de Malgaine, se encuentra con frecuencia repetido en México en nuestras estadísticas. Como se ve, este procedimiento es eminentemente defectuoso en el sentido de que trata los hechos como unidades simples, acuerda á todos el mismo valor, y los hace concurrir en la misma proporcion á la solucion del problema; en tanto que ellos deben, por el contrario, en nuestro concepto, ser interpretados como expresiones algebráicas, que además de su valor intrínseco aritmético, tienen un coeficiente, una potencia que es necesario tener en cuenta. Si en estadística no se toman en consideracion las condiciones accesorias que hacen de cada hecho un elemento complexo de la cuestion, se simplifica el problema, es verdad, pero se llega fatalmente á una conclusion falsa.

La creacion científica definitiva de las estadísticas operatorias y anatomo-patológicas, se hace cada dia más apremiante.

En México se realizan todos los dias en los hospitales y en la práctica civil operaciones brillantísimas, dignas de figurar en los anales de la Cirugía europea, pero que pasan inadvertidas, privando á la patria de sus mejores y más legítimas glorias, por la excesiva modestia de unos y por el desaliento que producen en otros las agrias é inconsideradas censuras que sufren muchas veces.

Al recorrer la literatura quirúrgica, con espíritu imparcial y analítico, nos parece observar la influencia nociva de varias causas que han cortado su vuelo. Si se meditan con la mira de investigarlas aisladamente, muchas podriamos señalar que se destacan á primera vista en las esferas social y política, en lo incompleto de las leyes orgánicas que de manera tan directa determinan el descenso del nivel intelectual y literario en todos los pueblos del mundo; pero su estudio detenido requiere un órden de ideas diverso y un campo más vasto del que puede disponerse en los estrechos límites de la introduccion de esta pequeña tentativa de ensayo crítico. Concretándonos á nuestro país para no hablar más que de lo que pasa en nuestra casa y á nuestra propia vista, podemos señalar: la falta de publicidad de nuestros adelantos, que hace tan equívoco en el extranjero el juicio sobre nuestro estado

científico y tan poco conocido el verdadero mérito de nuestros sabios; y el poco aprecio que hacemos de lo nuestro verdaderamente original y útil, por una modestia loable, es cierto, pero más perjudicial que plausible y filantrópico.

Nos hemos permitido, tal vez con demasiado atrevimiento, señalar en este trabajo tales inconvenientes á la consideracion de nuestros jueces, secundando la voz de alerta que hace algun tiempo se deja oir entre nosotros, porque este vacío que, segun opinion ya muy general, tenemos que llenar en nuestra organizacion científica, y los obstáculos que quedan por remover, son la piedra angular del edificio de la Medicina y Cirugía patrias, que deben levantar más tarde las generaciones médicas del porvenir.

Pero nos alejariamos mucho de nuestro objeto, si obedeciendo á los impulsos de antigua aficion, divagáramos en la crítica estadística, tan acreedora á un detenido estudio, aunque impropia de nuestro asunto, y ponemos, por lo mismo, término á esta corta introduccion.

La frecuencia, pues, con que hemos observado que se desconocen los casos más sencillos de la anomalía que motiva la operacion de que vamos á tratar; las vacilaciones que se suscitan al practicar ésta; el desacuerdo tan grande que hay en la ejecucion de todos y cada uno de sus tiempos y de sus procedimientos, nos han determinado á hacer de ella el objeto de este trabajo.

Por otra parte, no puede desconocerse el porvenir brillante reservado hoy á esta operacion, lo mismo que á la Laparotomía y á la Entorotomía, por la frecuencia de las oclusiones intestinales y los repetidos casos que se ofrecen en los vastísimos campos de su aplicacion, y esto justifica sobradamente la preferencia que ahora le damos.

Tener un concepto completo y preciso de la operacion de la colostomía; definir de la manera más sencilla cuál es su objeto, qué es lo que el cirujano se propone al practicarla, ó para expresarnos con la célebre frase del ilustre reformador del plan de la enseñanza operatoria, Dr. Eduardo Licéaga, "cuál es el bello ideal de la operacion;" ofrecer un cuaderno conciso en que puedan leerse en un cuarto de hora decisivo en los momentos de peligro, detalles

explícitos; la enumeracion suficiente de las dificultades y de los incidentes imprevistos; las indicaciones y contra-indicaciones precisas; aclarar algunos puntos dudosos; rectificar ciertas doctrinas y prácticas erróneas; recoger los hechos operatorios que han llegado á nuestros oídos, para salvarlos del doloroso naufragio del olvido, y que, mejor interpretados, puedan servir más tarde á las generaciones futuras; tal es nuestro fin.

La crítica juiciosa y desapasionada de las diversas doctrinas y medios terapéuticos, métodos y procedimientos; la lectura de los escritores que nos inspiran más crédito; los hechos estadísticos cuidadosamente recogidos como un legado precioso, interpretados y analizados debidamente; las duras, pero provechosas lecciones de la experiencia de nuestros maestros; algunos hechos que hemos presenciado, y nuestros estudios personales sobre el cadáver; tales son los medios.

Si nos fijamos en la ciencia contemporánea y en su tradicion, y comparamos lo que ahora se cree y ejecuta, tratándose de las anomalías del ano y del recto, con lo que ántes se pensaba y se hacia, llegarémos á aclarar muchas verdades que nos servirán de reglas para redactar la fórmula terapéutica más conforme con los preceptos de la Cirugía moderna.

Como se ve, este programa científico, que nos proponemos desarrollar, mucho más fácil de trazar que de llenar dignamente, es muy superior á nuestras débiles fuerzas, y, por lo mismo, contiene muchos defectos, que somos los primeros en reconocer; pero cualesquiera que ellos sean, habrémos alcanzado el objeto que nos proponemos, si logramos sacar á nuestros apreciables compañeros de su indiferencia por los estudios críticos, tan importantes en todas las ciencias.

Cuando busquemos en la Cirugía, material para nuestras tésis, en vez de empeñarnos en encontrar un asunto nuevo, dediquémonos al análisis y á la crítica de los procedimientos operatorios, noblemente elevada por el razonamiento aquilatado del rigorismo científico, prescindiendo por un momento del entusiasmo y celebridad de sus autores, y habrémos contribuido así con nuestro grano de arena á difundir los conocimientos útiles.

Nos creerémos abundantemente retribuidos de ésta, para nosotros árdua tarea, si algun dia estas pocas reflexiones de Cirugía operatoria, que no son más que el compendio de la luminosa enseñanza que se desprende desde lo alto de la cátedra de nuestra Facultad, salvan de las garras de una muerte próxima y segura, á un solo niño, ó sirven á los jóvenes compañeros, que ejerzan fuera de las grandes ciudades, para salir triunfantes de los más difíciles lances del ejercicio médico. Si así fuese, á esta recompensa podrémos añadir la de la grata satisfaccion de haber contribuido á recordar el cumplimiento de nuestra elevada mision social, sintetizada en este sagrado y humanitario lema que debe tener siempre presente el médico á la cabecera del enfermo: *Curar algunas veces; aliviar con frecuencia; consolar siempre.*

I

Hay pocas cuestiones que hayan excitado tanto la imaginacion de los hombres y que hayan conmovido más el seno de las academias y de las sociedades sábias, como el orígen de esos séres, siempre extraños y frecuentemente horrorosos, que se llaman monstruosidades y anomalías. [1]

Si penetramos, con el respeto que inspiran siempre las cenizas de los muertos, en la antigüedad médica, que si bien es cierto ha sido testigo de los errores del hombre, es tambien monumento de gloria, encontramos que los pueblos, siempre propensos á lo maravilloso, creian que las monstruosidades y las anomalías que nos ocupan eran milagros de Dios ú obras del demonio, castigos de la Divinidad para los padres en sus hijos, frutos de consorcios sodomíticos, que castigaban las leyes griegas y romanas; en una palabra, efectos sobrenaturales, fuera, por consiguiente, del alcance de la ciencia y sobre los recursos del arte. Mas dejemos á otros la tarea, bastante curiosa por cierto, de formar la historia de las aberraciones del espíritu humano; nosotros debemos permanecer puramente en el terreno científico.

Estas ideas que se tenian acerca del orígen de las anomalías del ano y del recto en el período anticientífico de la Medicina, dominaron todavía una larga éra del período científico, y detuvieron con sus muros de acero la corriente impetuosa del progreso quirúrgico. Mas como siempre se obra de la mis-

1 El nombre de monstruosidad se aplica más particularmente á un conjunto de anomalías muy complexas, muy graves, que hacen imposible ó difícil que se verifiquen ciertas funciones, y producen en los individuos que están afectados de ellas, una conformacion viciosa, muy diferente de la que presenta ordinariamente su especie. (Traité de Teratologié, tomo I, página 33. Geoffroy Saint-Hilaire.) Se llama anomalía toda desviacion del tipo específico.—*Teratología.*

ma manera que se piensa, los cirujanos de aquella época no hacian nada para curar á los desgraciados que venian á este mundo con tal anomalía. Por lo ménos, los libros más antiguos no nos hablan del asunto. Es necesario llegar á Littre, por los años 1710, para encontrar la primera idea del ano artificial. En este año, Littre presenta á la Academia de Ciencias de Paris el cuerpo de un niño, muerto seis dias despues de nacido, y que tenia una atresia rectal. Hé aquí cómo se expresa Fontenelle, dando cuenta de la presentacion:

"M. Littre, que ha querido utilizar su observacion, imagina y propone una operacion quirúrgica, muy delicada, para los casos en que se reconozca una conformacion semejante.

"Es necesario hacer una incision en el vientre, y volver á coser juntamente las dos partes del intestino despues de abierto, ó al ménos aproximar la parte superior del intestino á la parte del vientre, que no se volverá jamas á cerrar, y que hará las veces del ano. Con esta idea, cirujanos hábiles podrán imaginarse por sí mismos los detalles que suprimimos."

Es de sentirse que Fontenelle haya suprimido los detalles, porque ahora aprovechariamos en toda su extension el vasto plan concebido por el ingenio de Littre. La idea de este hombre distinguido impresionó poco á los cirujanos de su época. Como todas las ideas que envuelven un progreso positivo, tuvo sus detractores y sus defensores. Jean Louis Petit no la menciona. Van-Swieten la combate. Bertin, en 1771, la combate tambien, pero prefiere á la operacion indicada por Littre, otra más peligrosa. No es sino setenta años despues, en 1783, cuando Antonio Dubois se atreve á poner en práctica la operacion de Littre, en un niño, que ha sucumbido diez dias despues de la operacion. En 1790, Dumas (de Monpellier), en un caso de atresia recto-urinaria, propone á Estor practicar un ano artificial en la ingle. La proposicion, aunque aprobada por este cirujano, no fué ejecutada. En 1793 es cuando por segunda vez el método de Littre fué puesto en práctica por Duret (de Brest), y esta vez con gran éxito. El niño operado por Duret vivió hasta la edad de cuarenta y tres años. Despues, la operacion del ano artificial, juzgada con cierta prevencion, ha sido, sin embargo, practicada gran número de veces, para que se pueda conocer su valor. Algunos cirujanos han obtenido felices resultados, y Michel (de Brest) ha contado cinco operaciones con buen éxito. Jules Rochard, en tres operaciones, ha obtenido resultado feliz.

Ántes que Antonio Dubois pusiera en práctica la proposicion de Littre, Pillore (de Rouen), en 1770, habia ejecutado, en un adulto, otro procedimiento, que es en cierta manera un derivado del primero, es decir, la formacion del ano artificial en la region inguinal derecha, abriendo el ciego.

En 1818, en un caso de imperforacion del ano, el cirujano de Rouen encuentra en Dupuytren un imitador.

El segundo método, de que vamos á hablar, no ha sido imaginado por el cirujano que lleva su nombre. Callisen no ha hecho más que recordar la proposicion iniciada por otros cirujanos, de abrir una via artificial en la region lumbar. Se expresa así: "Si cœvun intestinale cultro vel parensenterio attingi nequeat, vix servari poterit æger. Quæ proposita sub hoc rerum statu fecit incisio intestini cæci vel coli descendentis sectione in regione lumbari siniestra ad marginem musculi quadrati lumborum facta, eit anus pareten artificiales, remedium prœbet omnino incertum atque hac operatione vix vita miscelle servari poterit. Quamquam intestinum in hoc facilius attingatur quam supra regionem inguinalem."

Tales han sido las primeras etapas de la operacion, ántes de conquistarse una posicion reconocida en cirugía.

La nueva éra del procedimiento de Callisen puede decirse que comienza con Amussat y sus discípulos, inaugurando con todo su prestigio la colostomía lombar en el adulto, que despues ha sido extendida á las imperforaciones congénitas. En 1839, el procedimiento de Callisen entra definitivamente en la práctica, cuando Amussat propone y se apropia la idea que aquel cirujano habia indicado en 1800, en términos tan vagos y con tan poca conviccion, como Littre lo habia hecho para el que lleva su nombre. Broussais habia muerto el año anterior, de un cáncer del recto. Amussat, que le rodeaba de cuidados, y que debia prepararse para todas las eventualidades, habia meditado largamente sobre los medios de remediar uno de los accidentes más dolorosos de esta horrible enfermedad. Entónces es cuando este cirujano concibe la idea de dar salida á las materias fecales por una incision practicada en el cólon descendente en la region lombar izquierda. La idea no es nueva, nos lo dice él mismo, pero habia sido rechazada por todo el mundo. Callisen y Duret habian renunciado á ella, porque los dos habian penetrado al peritoneo, queriendo alcanzar el cólon descendente.

Por desgracia nuestra, no podemos seguir en sus primeros pasos la práctica de esta operacion en la cirugía mexicana, por el descuido inaudito de los datos estadísticos, que todavía se repite en la época presente.

II

Desgraciadamente cuando el niño imperforado viene á las manos del cirujano, está en la agonía, ó es demasiado tarde para operarle con fruto, y despues de una pérdida de tiempo precioso en prácticas imprudentes y tentativas infructuosas. Con frecuencia se trata del fruto de un embarazo menor de nueve meses ó de un feto maduro, pero de tres ó cuatro dias de nacido, y que ha entrado al mundo en un medio miserable y poco dispuesto para acogerle bien, falto de los cuidados que reclaman su edad y constitucion débil, reuniendo así las peores condiciones para el buen éxito de una operacion.

Los accidentes generales dominan en aquellos momentos la escena clínica; el niño tiene convulsiones, color amarillo, azulado ó pálido; arroja espuma por la boca, la fisonomía está contraida, expresando el sufrimiento; pronunciados los pliegues de la cara, con aspecto de viejo; los ojos hundidos, rodeados de un círculo negro; llora mucho, con gritos lastimeros como cuando tienen cólicos; la temperatura baja, los miembros frios; vomita materias biliosas ó fecaloideas, hipa y *no arroja meconio.* La respiracion lenta, sacudida y ansiosa. El pulso lento, filiforme, con todo el cuadro sintomatológico de la oclusion intestinal.

Por la inspeccion se ve la circulacion venosa tegumentaria desarrollada. El vientre aumentado de volúmen, doloroso á la palpacion, tirante, poco depresible; la distension afecta la forma arredondada, prominente en su parte média, algunas veces más ancha en su parte inferior. Cuando la tension no es muy grande, se dibujan las asas del intestino.

Por la percusion del abdómen se obtiene sonoridad; algunas veces se encuentra un poco mate en ciertas regiones, como en los flancos ó al nivel de las fosas ilíacas. Este fenómeno no es tan importante para suministrar un signo diagnóstico como Lebligleois cree. Es el sonido scónico, cuyas condiciones de produccion no es del caso recordar aquí. Si los síntomas no son siempre idénticos á los de la oclusion intestinal, tienen una analogía muy grande, que hace presentir todo el peligro.

El grado y el tiempo más ó ménos corto de la aparicion de estos fenómenos, depende de la mayor ó menor facilidad de la evacuacion de las materias fecales, y ésta, de la variedad anatómica del padecimiento.

Pueden formarse tres grupos de todas las variedades de la anomalía bajo el

punto de vista de los síntomas, como lo quieren Poulet y Bousquet, de la manera siguiente:

1º *Variedades en las cuales el escurrimiento de las materias fecales es completo.*

2º *Incompleto.*

3º *Absolutamente imposible.*

La condicion del primer grupo no se encuentra realizada sino en un pequeño número de hechos, como en aquellos en que el recto desemboca en una cavidad bastante grande, ó en un punto de los órganos genitales externos.

Hay niños que han podido vivir con un abocamiento del recto en la vagina ó en la vulva. Morgagni refiere la observacion de una judía de cien años de edad que defecaba por la vagina. Boyer habla de una jóven que tuvo numerosos amantes á pesar de su enfermedad.

La abertura en el escroto se encuentra en condiciones análogas, pero no es lo mismo para el abocamiento del recto en la vejiga. Si en los primeros tiempos de la vida el meconio desleido por la orina puede ser evacuado durante la mexion, casi siempre los accidentes graves de obstruccion no tardan en producirse. Con esta excepcion, en las variedades de este grupo es en las que se retarda la aparicion de los síntomas generales de que acabamos de hablar.

En el segundo grupo, cuando la abertura estrecha resulta del abocamiento del orificio rectal en la uretra ó en la vagina, la salida del meconio se hace tanto más fácilmente cuanto las materias sean ménos consistentes. En este grupo suele suceder que los accidentes generales se presentan de una manera inesperada, debido á que un cuerpo extraño se encaja, y obstruye el canal. En un caso referido por Fournier, se trataba de una niña de tres años, en que una haba habia obstruido el conducto. En otro enfermo de Flajani es un hueso de cereza que hace las veces de tapon. Williamson ha observado la infiltracion de orina hinchar las partes y reducir el calibre del canal.

En el tercer grupo, los accidentes generales se presentan desde luego. Antes de las veinticuatro horas el niño *rehusa el seno; no arroja nada de meconio,* los vómitos aparecen, el niño grita como si tuviera cólico; en vano se le administran lavativas, si tiene el ano bien constituido, ó los purgantes, que no producen más efecto que aumentar los vómitos.

El cuadro horroroso de la oclusion intestinal que hemos bosquejado, suele suspender su marcha terrible y ofrecer intermitencias y verdaderas mejorías. Este fenómeno, que á primera vista podria parecer halagador, es de muy mal agüero, porque regularmente es la expresion de la ruptura ó perforacion del canal intestinal, que se forma entre el recto, de una parte, y la vejiga ó la vagina por otra.

Otras veces, como sucede en las variedades del segundo grupo, sobreviene una larga mejoría, y aun se establece un verdadero período de estado para seguir despues un progreso lento. Esto sucede, sobre todo cuando existe una comunicacion con los órganos génito–urinarios. Entónces, por medio de esta comunicacion, obrando á la manera de un tubo de desagüe, una parte del meconio se escurre por la vejiga, lo que contribuye á prolongar la vida.

La imperforacion ano-rectal impide la salida de las materias intestinales. Estas materias, retenidas en el intestino grueso dilatado, se descomponen, producen gases que hinchan el intestino, atirantan las paredes del vientre, comprimen el diafragma, inmovilizan sus paredes y le impiden obedecer á los esfuerzos de la respiracion. La funcion respiratoria, privada así de uno de sus medios de accion, se detiene en su marcha, la circulacion se encuentra á su vez estorbada, y la sangre no se oxigena. El pulmon, el hígado, el cerebro y todas las vísceras se congestionan.

La falta de circulacion del meconio es el punto de partida de todos los fenómenos generales y locales y la base de la produccion de todos los síntomas.

III

En las variedades de los vicios de conformacion hay una graduacion infinita, desde el simple estrechamiento teratológico, hasta la falta completa de uno ó de los dos órganos. Se han hecho muchas clasificaciones de este padecimiento, siendo las más importantes las de Holmes, Poulet y Bousquet, Trélat y Curling.

En Francia, los autores clásicos han adoptado la division de Trélat, que admite cuatro grupos de deformaciones del ano y del recto.

1º *Estrechez congénita del ano y del recto.*
2º *Las imperforaciones ó atresias de estos órganos.*
3º *La falta del ano y del recto.*
4º *Las terminaciones anormales de estos mismos órganos.*

Estas divisiones no son enteramente satisfactorias, pero permiten comprender las principales variedades.

Se adopta hoy más generalmente la clasificacion de Curling, por ser la más práctica, y porque comprende la mayoría de los casos más frecuentes que el cirujano debe tener siempre presentes para curarlos por medio de una operacion.

Este distinguido cirujano inglés forma siete grupos, de la manera siguiente:

I. Imperforacion del ano sin que falte el recto.

II. Imperforacion del ano, faltando total ó parcialmente el recto.

III. El ano se abre en forma de fondo (*cul-de-sac*), con falta completa ó parcial del recto.

IV. Imperforacion del ano en el hombre, con falta completa ó parcial del recto, y comunicacion del intestino con la uretra ó la vejiga.

V. Imperforacion del ano en la mujer, faltando el recto, y comunicando el intestino con la vejiga.

VI. Imperforacion del ano, con falta total ó parcial del recto, que se abre hácia afuera por un orificio anormal muy estrecho.

VII. Estrechamiento del ano.

Antes de terminar lo que es relativo á la anatomía patológica, dirémos que más de una vez se han encontrado tabiques escalonados á diversas alturas del recto, como los casos citados por Jessen, Voillemier, y los dos últimos comunicados por Lannelongue á la Sociedad de Cirugía de Paris en 1884. La existencia de los vicios de conformacion del ano tienen frecuentemente por consecuencia un acortamiento de los diámetros de la pélvis, el aumento de la curvatura sacra, ó la falta de alguna de las piezas huesosas que la constituyen. Así, miéntras que Roux ha notado la falta del coxis, Goyrand ha visto faltar la primera pieza sacra. Hacemos mencion de estos hechos, por la ventaja que trae conocerlos, pues como dirémos al hablar del diagnóstico, hay casos muy difíciles de precisar. Algunas veces se ha encontrado la extremidad en el fondo del recto insertada por cordones fibrosos, circunstancia que explica la dificultad que el cirujano experimenta en ciertos casos para movilizar el cabo intestinal y llevarlo hácia abajo para suturarlo.

La opinion que tiende á admitir relacion entre estas deformidades y los estados constitucionales de los padres, adquiere cada dia mejores fundamentos.

Está perfectamente bien averiguado, que la afeccion es hereditaria en un cierto número de hechos.

Se sabe que coincide frecuentemente con otras deformidades, como el pié zambo (*pied-bot*), espina-bífida, hidrocefalia, etc.

Los autores no están de acuerdo acerca de la frecuencia de la atresia en los dos sexos. Curling, en *cien* imperforados ha notado *cincuenta y ocho* hombres y *treinta y dos* mujeres.

Buisson al contrario, ha encontrado en cien casos, cincuenta y tres niñas y cuarenta y siete niños. Segun las observaciones de Giraldés, las atresias son más frecuentes en el sexo masculino que en el femenino.

IV

Cuando se nos presenta un recien nacido que no ha evacuado, la prontitud en la aplicacion del medio terapéutico es un elemento de buen éxito. Así, se debe establecer pronto y bien de qué deformidad se trata.

Además, despues de nacido un niño, se debe examinar de los piés á la cabeza, preguntar al dia siguiente si ha evacuado; si no lo ha hecho, se servirá el cirujano de una sonda de mujer ó de un estilete romo, para aclarar el diagnóstico. Suponemos que con la sonda ó el dedo se encuentre un orificio infranqueable, pero que el estilete pasa y sale cargado de meconio. Es evidente que se está delante de un estrechamiento del recto.

Si, á la inversa, instrumentos más gruesos pasan, pero salen sin meconio, y si se hace una inyeccion y sale sin presentar tinte especial, se debe admitir que hay una obliteracion intestinal encima del recto, muy frecuentemente al fin del intestino delgado ó al principio del cólon; se debe tambien concluir que el obstáculo existe y no hay nada que hacer.

Examinarémos los diferentes casos que pueden presentarse. Si no hay ano, debemos pensar que el intestino desemboca en el pene, en la vulva, en el perineo ó en el escroto, y que hay una atresia recto-urinaria ó recto-vaginal. En la hipótesis del primer caso, es necesario examinar la orina. Se podrá tambien, segun que toda la orina ó solamente la primera parte que escurre esté teñida de meconio, diagnosticar con Roux (de Brignolles) el abocamiento vecical ó uretral; pero es mejor practicar el cateterismo, que da resultados satisfactorios y permite medir á qué profundidad desciende el ámpula rectal en la excavacion.

Si el catéter no viene cargado de meconio, tenemos motivo para pensar en una estrechez rectal simple, y de usar, pero *solamente á título de exploracion*, de un trócar, que no deberá encajarse más de cuatro centímetros.

En ciertos casos, la trasparencia de la piel del perineo nos permite casi ver á través de su espesor, el meconio acumulado. No debe darse ninguna importancia á los pretendidos síntomas, tales como la desviacion del coxis hácia atrás. Los signos suministrados por la auscultacion del perineo, no tienen ningun valor con relacion á la proximidad más ó ménos grande del ámpula rectal.

No pasa lo mismo con la aproximacion de los isquios, que es el signo de una detencion del ámpula rectal en el ángulo sacro-vertebral.

El diagnóstico presenta grandes dificultades cuando el ano está bien conformado y cuando el obstáculo está á cierta altura.

Los cateterismos vaginal y rectal pueden aclararnos aproximativamente el grado de descenso del ámpula rectal; pero es necesario aún observar muchas veces, y no emprender sino operaciones lentas de marcha gradual que permitan siempre detenerse á tiempo.

Toda vez que una criatura está las primeras veinticuatro horas de su nacimiento sin arrojor meconio, que sus pañales no están sucios, que el vientre se hincha, que la piel tiene una coloracion amarilla violácea, que llora y sus gritos son débiles y lastimosos, que tiene vómitos y convulsiones, hay todas las probabilidades de que tenga imperforacion del ano ó del recto. En este caso la region coxígea debe examinarse con cuidado.

Hemos expuesto, con toda la claridad que nos ha sido posible, la cuestion delicada del diagnóstico, porque tenemos, con el Baron de Boyer, la conviccion de que es, sin contradiccion, el estudio más espinoso de la Medicina, y que se podria asegurar, sin temor de contradiccion, que forma por sí solo toda la ciencia médica. En efecto, conduce casi seguramente al conocimiento de las causas, nos lleva ciertamente al del pronóstico ó terminacion de la enfermedad y al del tratamiento.

V

Conservar la salud y curar las enfermedades ha sido siempre el problema que la Medicina se ha propuesto desde su orígen, y cuya solucion científica se hace todavía esperar en cuanto es posible.

Vamos á ver en los vicios de conformacion cómo podemos realizar nuestro hermoso ideal.

"La Cirugía, como la Medicina, tambien tiene su higiene, y jamas cierra el oido á cualquier consejo que la aleje del campo sangriento de la sala operatoria.

"Mejor busca preceptos profilácticos sabios y seguros para prevenir, que métodos ó manipulaciones complicadas para curar."[1]

1 R. Macías.

Al desarrollar la última parte de este ensayo, vamos á hacerlo siguiendo el método más natural: pasar revista en su órden á las principales indicaciones y medios de que la terapéutica dispone.

Los medios terapéuticos se dividen, por los efectos que resultan de su empleo, de tres maneras: 1º Si previenen la enfermedad se les llama medios profilácticos. El medio profiláctico obra de dos maneras: Previene completamente la enfermedad; así, cuando se percibe la disposicion á una enfermedad, se recurre á este medio y se impide que la enfermedad aparezca. Se opone al aumento de una enfermedad que comienza, y le impide que se desarrolle más. El vendaje herniario nos ofrece un doble ejemplo: en el niño amenazado de una hernia se opone á su aparicion; y se hace curativo en el adulto que adolece de hernia, oponiéndose al desarrollo ulterior de ésta. 2º Si palían la enfermedad, se les llama medios paliativos. El medio paliativo obra tambien de dos maneras: hace desaparecer la enfermedad durante cierto espacio de tiempo, pasado el cual, vuelve, y si se emplea de nuevo el mismo medio, se obtiene de nuevo un resultado idéntico. No hace desaparecer la enfermedad completamente, pero da alivio á los accidentes que ocasiona, y le impide tomar un carácter más grave. Encontramos un ejemplo en la puncion practicada por una ascitis: hace salir el líquido contenido en el abdómen, y aparece al cabo de tiempo más ó ménos largo; pero hace cesar los accidentes de la sofocacion que acompañan la replesion de la cavidad abdominal. 3º Si curan la enfermedad, se les llama medios curativos.

Si nos fueran perfectamente conocidas las condiciones que suspenden ó desvian el trabajo órgano-plástico del embrion, nada más conforme á la buena lógica, tratándose de curar los vicios de conformacion del ano y del recto, que sustraer el gérmen de ellas, alejando á la mujer embarazada de la accion de éstas, y poniéndola en las condiciones más favorables de temperatura, higiene, nutricion, etc. Mas como á pesar de los prodigiosos avances de la embriogenia, las leyes generales teratológicas, de cuyo descubrimiento es acreedor el mundo científico al genio investigador de Geoffroy-Saint-Hilaire, están por formular todavía en el terreno de los hechos prácticos, tenemos que conformarnos por ahora, con esperar el fruto contrahecho de la naturaleza, para dar la última pincelada, por decirlo así, al gran cuadro de esta sábia maestra.

Si estas leyes, repetimos, nos fueran perfectamente conocidas, al proceder como acabamos de indicar, seguramente que hariamos la terapéutica preventiva ó profiláctica, conforme al viejo proloquio, que es tambien un luminoso principio terapéutico: "Más vale evitar, que tener que remediar."

Las mujeres que llevan en su seno el producto de concepcion, dan una importancia muy grande, y que justamente se merece, á los últimos meses de em-

barazo, pero descuidan mucho los primeros, lo que debe reprochárseles. En aquellos se les ve, con asiduidad y constancia, llevar un régimen saludable é higiénico, miéntras que en éstos, no sólo no llevan una vida higiénica, sino que se entregan á los mayores desarreglos. Sin pretender dar á esto una importancia causal de primer órden, es indudable que contribuye al mal desarrollo del gérmen.

La objecion que á primera vista se percibe, para no atribuir relacion de causa á efecto entre estos desarreglos de la madre y la conformacion viciosa del producto, es la frecuencia tan grande de los primeros y la rareza de los segundos; pues si las influencias fueran más directas, es incuestionable que la frecuencia de los vicios de conformacion seria mayor.

Las teorías patogénicas que se disputan hoy la palma de la victoria, son dos: la antigua, conocida de todos, que atribuye los vicios de conformacion á las detenciones ó faltas de desarrollo; y la teoría moderna, muy seductora por su sencillez y el interes que proporcionan sus pruebas, es la que explica las monstruosidades y las anomalías por la retraccion muscular convulsiva, como resultado de la afeccion cerebro–espinal convulsiva de este aparato en los primeros dias de su existencia.

Guerin es el padre legítimo de esta teoría, que puede llamarse patológica, y demuestra en una serie de hechos clínicos, anatomo–patológicos y experimentales, que la potencia retráctil de los músculos separa las partes é impide su desarrollo ulterior.

Estamos autorizados naturalmente, una vez hechas las salvedades respecto del grado de la influencia que estas causas puedan tener, á hacer aplicaciones de los datos que la experiencia nos suministra acerca del orígen de las alteraciones anatómicas en la vida extra–uterina, á la interpretacion de las alteraciones que sufre el desarrollo en la vida fetal, toda vez que la observacion directa y los resultados de los hechos de la experimentacion practicada en los animales, nos permiten afirmar que en el organismo fetal pueden verificarse acciones análogas; y segun nuestros conocimientos actuales, no podemos dudar que hay dos circunstancias que, del mismo modo que en la vida extra–uterina, pueden ejercer su accion en la conformacion de las partes del feto; tales son, de una parte, los procesos inflamatorios del feto y de las membranas del huevo, y de otra, la compresion ejercida sobre ellos. Una vez probado que estas influencias se hacen sentir en el cuerpo del feto, es innecesario demostrar que las alteraciones de forma, que son su consecuencia, serán tanto más notables cuanto más temprana sea la época en que ellas intervengan. En suma, las causas á que pueden referirse las anomalías que estamos estudiando, pueden resumirse así: Estados inflamatorios simples y específicos en todos sus períodos de exudacion, supuracion, ci-

catrizacion y adherencia; en una palabra, inflamaciones recientes ó antiguas, lo mismo en el cuerpo del feto que en sus membranas de envoltura y demas anexos.

Por lo que conocemos de estas inflamaciones fetales, pueden producirse de tres diversos modos:

En unos casos, son resultados de influencias traumáticas, externas, conmociones, caidas ó golpes que afectan el vientre de la madre. Este órden de causas ejerceria su influencia sobre el cuerpo del feto más señaladamente cuando sea excesiva la cantidad del líquido amniótico. En otros tendrémos el caso de que la sangre que desde la madre pasa al feto contenga sustancias de accion flogógena; la placenta ofrece ciertamente alguna defensa contra este modo de infeccion, pero esta defensa no es absoluta. Respecto del tercer órden de causas, demuestran los experimentos sobre la sífilis fetal que la materia virulenta que la produce es presumible que en muchos de los casos observados se adhiere al mismo organismo en el momento de la fecundacion, y por lo tanto pueden sobrevenir en la vida uterina inflamaciones específicas, dependientes de la trasmision de una sustancia determinada.

Entre las causas de las monstruosidades se han hecho figurar, además, tres clases de influencias: Conmociones interiores del útero, impresiones morales de la madre, y condiciones anormales del estado originario del óvulo y de los espermatozoides.

La última de las circunstancias mencionadas es innegable; los hechos de trasmision hereditaria de ciertos estados orgánicos y la herencia de la sífilis, demuestran con sobrada evidencia que los zoospermos y el huevo han de tener alguna condicion originaria especial, que influye en la conformacion del feto y en la marcha de su desarrollo.

Pena me da tener que hacer referencia á una creencia tan antigua como la humanidad, que, por lo absurda, no merece los honores de la crítica séria; y si aludo á ella, es porque el médico no debe olvidar, en medio de las amarguras de la práctica y las desdichas del dolor ajeno, su mision civilizadora.

Existe arraigada, desde los más remotos tiempos, la creencia de que se pueden producir monstruosidades cuando la mujer embarazada ha presenciado un espectáculo aterrador, y que el embrion puede ofrecer luego un aspecto semejante al de la persona ú objeto que produjo el espanto en la madre; y esta preocupacion, conocida ya por el patriarca Jacob como *visiones de la madre*, se vió consagrada y robustecida por un acto de benevolencia del patriarca de la Medicina. Hipócrates salvó á una mujer acusada de adulterio, á causa de que siendo blanca y estando casada con un blanco, habia dado á luz un niño negro; el anciano de Cós hizo notar á los jueces que en el cuarto en que la mujer dormia habia pendiente de la pared el retrato de un negro. En épocas

muy recientes se han referido anécdotas de mujeres que habian dado á luz niños sin cabeza, á consecuencia de haber presenciado una ejecucion, ántes del parto: estas preocupaciones han sido tan corrientes durante mucho tiempo, que en los casos en que la madre no recordaba algun suceso especial, suponia que habia tenido algun ensueño.

Entre nosotros, el vulgo, cuando nace un niño con algunas manchas sobre la piel, con dedos de más ó de ménos, con una deformidad cualquiera, dice le han hecho á la mujer embarazada lo que llaman *daño* ó *hechizo;* ó que ha presenciado el parto alguna persona muy fea, ó que le era antipática á la madre.

Los médicos de la primera mitad de este siglo han trabajado por refutar estos errores, que en la mayoría de los casos pierden todo su valor, sin más que tener en cuenta que las impresiones morales á que se hace referencia, han ocurrido casi siempre en los últimos meses del embarazo, y en el niño no se encuentran heridas ni cicatrices que indiquen la pérdida de una parte del cuerpo que hubiese existido ántes, sino que presentan suspensiones de formacion que han tenido necesariamente que verificarse en una época muy anterior á la del acontecimiento que se quiere suponer como causa de la monstruosidad ó anomalía.

El caso que hemos referido de Hipócrates se explica perfectamente por las leyes del atavismo. Tal parece que el padre de la Medicina quiso dejar un ejemplo del respeto que el médico debe guardar al secreto profesional.

Las conclusiones prácticas que deben desprenderse de esta ojeada sintética acerca de la etiología, son: Que los primeros meses del embarazo merecen los mismos cuidados higiénicos que los últimos, aunque por distintas razones; pues si éstos son necesarios para la buena y pronta acomodacion del producto y para que pueda verificarse un parto feliz, los de los primeros meses, sin que tengamos datos suficientes de experiencia para determinar hasta dónde puede llegar su influencia, contribuyen, sin embargo, al desarrollo regular y fisiológico del feto, que se verifica en su mayor parte en este tiempo: que las puérperas deben evitar al principio, con el mismo esmero que lo hacen al fin del embarazo, los enfriamientos, los golpes, las caidas, ya sea sobre la matriz y sus anexos, ó sobre cualquiera parte del cuerpo. Las personas que son nerviosas deben evitar las impresiones morales, los excesos del coito, todo aquello que pueda conmover su sistema nervioso, y al mismo tiempo tanto éste como el muscular del embrion.

Las mujeres ántes de hacerse madres, lo mismo que los hombres ántes de hacerse padres de una familia, deben arreglar su vida y someterse á una medicacion para curar sus enfermedades y corregir su constitucion viciosa, que tanto influyen, si no para tener una prole deforme, sí débil y mal constituida.

Los que llevan algun padecimiento de los que se trasmiten casi fatalmente por herencia, no deberian contraer matrimonio.

Hay una práctica funesta en la terapéutica de los vicios de conformacion, que debe ser contrariada de buena gana.

Siempre que una partera visita á un niño al dia siguiente de haberlo recibido, y éste no ha desahogado el vientre, lo primero que receta, sin averiguar más, es un purgante, administrado por la boca ó en lavativa. Como encuentra el vientre algo distendido y tirante, con sonoridad timpánica denunciando el exceso de gases en su interior, no vacila en agregar á estos medios un baño general ó de asiento, la aplicacion de una cataplasma emoliente, fricciones secas ó aceitosas. Como el niño llora, supone tiene dolores, y agrega alguna sustancia narcótica, como el láudano ó la belladona, aguardiente ó aceite alcanforado; ocurre despues á nuevos evacuantes, desde el agua de azúcar hasta los jarabes de chicoria, de durazno, de chabacano, de maná, tan en uso entre las parteras; se agotan los aceites, las lavativas de agua de jabon, de sal, los baños de malvas, hojas de naranjo, los papachos con sebo sobre el vientre; se prohibe á la infeliz madre darle de mamar á su hijo, con pretexto de la mala calidad de su leche; se despiden tres ó más nodrizas, etc., y el niño, enflaquecido y extenuado, presenta los vómitos, las convulsiones, la asfixia, el cuadro completo, en una palabra, de una afeccion quirúrgica que necesita la intervencion de un práctico instruido: entónces se llama á éste. Apénas puede concebirse proceder más absurdo.

Basta pensar que la imperforacion que impide la salida del meconio, impedirá tambien la expulsion del purgante. Por más que se aumenten las contracciones peristálticas, no estando permeable la via, no será arrojado éste, y sí expuesta á romperse en mal punto la pared intestinal ocasionando el derrame de las materias en el peritoneo. De esta sola reflexion debe concluirse que la medicacion evacuante es nociva y está contraindicada.

Afortunadamente nadie que sea científico pretende sostener la utilidad curativa de los medios médicos en los vicios de conformacion, para que me vea obligado á someterlos á la crítica. Cuando se emplean es porque se desconoce el diagnóstico, y el mayor número de veces sucede esto, por falta de la exploracion directa del enfermo.

Hay medios paliativos muy buenos cuando circunstancias de fuerza mayor obligan, en ciertas variedades, á aplazar la operacion, por ejemplo en las atresias incompletas en que la salida de las materias se hace con facilidad, gracias á la amplitud relativa de la abertura de comunicacion del intestino con el exterior ó una cavidad natural. Entónces los evacuantes y las lavativas fluidifican las materias endurecidas, aumentan las contracciones peristálticas del intestino y el esfuerzo que siempre acompaña al acto de la defecacion.

Como he dicho al principio, el análisis clínico demuestra claramente que la causa del desenvolvimiento de todos los fenómenos es *la falta de expulsion del meconio* y su retencion consecutiva en la cavidad intestinal inmediatamente arriba del obstáculo de la deformacion. Síntoma tan dominante en todos los hechos clínicos que hemos leido y de que hemos tenido conocimiento, que nunca falta. Los padres del niño ó los que hacen sus veces, lo primero que refieren es que el niño no ha evacuado el vientre desde que nació, ó que lo hace con mucha dificultad, y para ellos constituye este síntoma toda la enfermedad.

Pero si la comprobacion de este hecho es enteramente fácil y la indicacion á que da lugar tan perentoria, *la evacuacion del vientre*, no sucede lo mismo cuando se trata de averiguar la causa íntima de la retencion, los medios terapéuticos más apropiados y el órden en que deben ponerse en juego para remediarla.

Al ocuparme del diagnóstico propuse los recursos que se deben emplear para hacerlo correctamente. Una vez que se posee con certidumbre el diagnóstico de una de las variedades de imperforacion, entramos á navegar en plenas aguas de la cirugía pura.

Dar salida al meconio y establecer en las imperforaciones el curso regular y fisiológico de las materias intestinales ha sido siempre la preocupacion constante de los cirujanos de todos los tiempos.

A la ejecucion de este pensamiento han tendido todos los métodos y procedimientos conocidos desde la antigüedad hasta nuestros dias y tenderán los que se conozcan en lo sucesivo.

El bello ideal de esta operacion, sea cual fuere el lugar donde se practique, seria que sacrificando la menor porcion de tejidos, y acercándose lo más posible al ano natural, se realizara esta idea.

La buena ó mala eleccion de los medios contribuirá á la consecucion del objeto final.

Estos medios varian, segun la naturaleza de la causa. Cuando la retencion es debida á un estado dinámico particular de la capa musculosa del intestino, á un vólvulo estercolar, á las diversas formas de oclusion, ó á una perturbacion pasajera del funcionamiento del tubo digestivo por mala calidad de la leche, ó excesiva cantidad, la medicacion evacuante tiene su más justa y legítima aplicacion, y es coronada de un éxito brillante.

El mécanismo de los medios tambien varía. Los medios preventivos obran alejando las causas más ó ménos problemáticas que producen la deformidad. Los paliativos, haciendo las heces más fluidas y aumentando la potencia expulsiva de éstas. Los curativos, agrandando la abertura natural, ó creando otra enteramente nueva en su mismo lugar ó en otro distinto.

Pasemos á los medios curativos.

Cuando abrimos los libros de Patología externa ó de Medicina operatoria, con objeto de consultar el tratamiento de una enfermedad, nos encontramos, despues de la descripcion de ésta, como un objeto de historia natural, con una larga lista de medicamentos ó de procedimientos operatorios á cual más distintos el uno del otro, ya por el fin que persiguen, ó la manera de ejecutar el procedimiento. Con frecuencia un mismo procedimiento con diversos nombres, segun el cirujano á quien se atribuya, ó por alguna modificacion del método primitivo; pero todos ellos con la recomendacion de sus autores, proponiéndolo como el mejor, y desconociendo, en la ceguedad natural del amor de un padre, los vicios ó inconvenientes de que adolece. Algunos de ellos sin más apoyo que el nombre de "sus autores."

En medio de este caos, el jóven cirujano se encuentra indeciso, sin saber qué partido tomar. Por un lado, la necesidad de curar á su enfermo, de hacer algo bueno, para no encontrarse más tarde frente á frente con los remordimientos de su conciencia, cuando no con la sentencia del Tribunal, y por otro con el horrible vacío de las indicaciones operatorias. ¿Qué hacer en este cúmulo de dificultades? ¿Qué procedimiento seguir? ¿Por cuál de las operaciones decidirse?

El estudio profundo de las condiciones del enfermo que va á someterse á una operacion ó á un medicamento; la anatomía y la fisiología de las regiones y de los órganos en que se ha de operar; el diagnóstico preciso de la enfermedad; la prevision de lo que sucederia siguiendo éste ó el otro procedimiento, tomando éste ó aquel camino, ó no tomando ninguno; decidirse por la expectacion, pero sobre todo, el análisis circunstanciado de todo el conjunto de causas y efectos que constituyen la indicacion de una operacion, son la única clave para resolver multitud de cuestiones delicadas y del momento, previas ántes de aventurar una operacion, por benigna que sea y por fácil que aparezca á primera vista.

La edad, la herencia, la salud anterior de los padres y del niño, la constitucion, el régimen, el temperamento, la habitacion, el medio en que se vive, son condiciones importantísimas cuyo conocimiento es indispensable para adquirir con exactitud una buena indicacion operatoria y formarse una idea cabal del diagnóstico y pronóstico de una operacion. El aire que respiramos, obrando por su temperatura y su humedad; el clima y la estacion en que vivimos; la constitucion médica reinante; el suelo que pisamos, el vestido con que nos cubrimos, la naturaleza de las curaciones que usamos, son otros tantos agentes que influyen en las enfermedades y en las operaciones, puesto que éstas no son otra cosa que enfermedades accidentales que el cirujano produce á voluntad, modificando de una manera marcadísima su marcha, desenlace y pronóstico.

La mayor ó menor importancia y la delicadeza de los órganos y de los tejidos sobre los cuales se obra, ó que están en su vecindad, lo mismo que su estado anatómico; la extension y la forma que se da á las heridas; la profundidad á que se practican; el tamaño de las partes que se sacrifican; el instrumento ó la accion mecánica que se emplea; el procedimiento ó el método que se siga; el carácter del operado; el gasto de fuerza nerviosa que se tenga que hacer; la cantidad de sangre que se pierda, son otros tantos rayos de luz en el difícil problema que el cirujano tiene que resolver á cada momento.

Ántes de entrar en los detalles del manual operatorio, surgen varias cuestiones que hay que sesolver con anterioridad.

La primera que se presenta es la siguiente: ¿Se debe intervenir con la cirugía operatoria en los vicios de conformacion del ano y del recto?

Los cirujanos están en desacuerdo en este punto. Se encuentran sus opiniones divididas en dos bandos; unos que atacan la operacion, y otros que la defienden. Dejemos hablar á los partidarios de estas dos opiniones.

"Los enfermos pueden reprocharnos más tarde no haberlos dejado morir, porque es preferible el morir al nacer, que estar condenado á vivir con un ano artificial que aisla al hombre de sus semejantes, y que es tan asqueroso y repugnante á la sociedad."

"El ano artificial no llena bien sus funciones, y tiene los inconvenientes del prolapsus del intestino, la ulceracion y estrechez consecutiva del orificio."

"La expectacion es lo mejor; los que han de salvarse, se salvan sin necesidad de le operacion, porque se ve romperse el recto y dar salida á las materias fecales."

Los que están por la operacion, exclaman fanáticos por el arte quirúrgico: "toda existencia es preciosa, y debe hacerse lo posible por conservarla. Quién sabe si el que se abandona así en brazos de la muerte, está llamado á ser un hombre de genio, un bienhechor de la humanidad, un Galeno, un Newton, un Jenner."

Argumentos tan débiles no pueden ser aducidos como fundamentos de ninguna de las dos opiniones. Sin embargo, es muy comun en la práctica oir discurrir de esta manera á muchas personas. Consideradas como simples objeciones, tienen su valor y valen la pena de ser contestadas.

Los que prefieren la muerte del enfermo á practicarle un ano artificial, ó temen el reproche que más tarde puede hacerse al cirujano por no haberle dejado morir, exageran mucho que el ano artificial desempeña mal sus funciones. Pintan, con los más vivos colores, hechos que no corresponden siempre á las realidades de la práctica, y ya juzgados ante el tribunal de la Cirugía.

En cuanto á lo primero, puede decirse que sin duda la situacion de estos

desgraciados séres es nada envidiable, y les será fácil reprocharnos el deplorable servicio que les hacemos arrancándoles de la muerte á precio de una vida miserable; pero generalmente no lo hacen, si se reflexiona de una parte, que el instinto natural de la propia conservacion nos garantiza las pocas probabilidades de este reproche. Todos los dias vemos preferirse operaciones más sangrientas y que dejan deformidades más visibles, por ejemplo en la cara, y la vida más miserable, y se opta por operaciones que sacrifican el instinto de la sexualidad, que preferimos quizá tanto como la vida misma.

Por otra parte, reflexionando tambien en la profunda ternura de la mayor parte de los padres para con sus hijos, aun los más desgraciados, llegarémos á esta conclusion: que un cirujano no tiene derecho de condenar á muerte á sus semejantes por una abstencion culpable. Así pues, debe asumirse la responsabilidad de los disgustos y pesares que el operado pueda reprocharle un dia; no debe dejarse sorprender por tal consideracion, y sí al contrario, encerrarse en el estrecho deber de no dejar sucumbir á un sér confiado á sus cuidados.

En cuanto á lo segundo, básteme citar las siguientes palabras y algunos hechos de dos honorables especialistas, por ser la expresion genuina de la verdad.

"No se debe tener ninguna inquietud para el porvenir en lo que toca á la aptitud del esfinter de retener las materias fecales. En todos los casos que he analizado y en los cuales se ha notado esta particularidad, el papel del esfinter parece haberse conservado completamente, y en la mayor parte de los casos simples, el esfinter existe en su estado normal.

"Pero aun cuando no exista el esfinter externo, no es dudoso que las fibras musculares del intestino mismo (esfinter interno) puedan adquirir la facultad de retener las materias fecales. En un caso que menciona M. South y en el cual el autor ha logrado establecer paso para las materias, aunque la parte inferior del recto faltaba completamente, las heces no se escapaban involuntariamente."

Rochard, cirujano de marina y profesor de Brest, en una Memoria interesante presentada á la Academia de Medicina de Paris, ha dado detalles circunstanciados acerca de las condiciones en que se encontraban muchos enfermos que habian sufrido la operacion de la colostomía inguinal algunos años ántes. Menciona entre otros casos los siguientes: Una mujer robusta, empleada en los más duros trabajos, operada por Serrand, tenia excelentes digestiones, y arrojaba las heces sólidas á intervalos regulares. Cuando la defecacion debia hacerse, era advertida por una sensacion de molestia y plenitud en el flanco izquierdo; se quitaba entónces el vendaje y la compresa, y se la volvia á colocar cuando habia satisfecho su necesidad. Fuera de es-

tos momentos, no se escapaban las materias; tenia de tiempo en tiempo un pequeño escurrimiento por la parte superior de la abertura, y no era molestada por el escape de los residuos fecales, sino cuando tenia diarrea.

Una señora operada por Miriel, gozaba de la mayor salud; hacia vida de sociedad; iba al baile, sin que nadie pudiera sospechar que tuviera tan desagradable enfermedad. Se casó, tuvo cuatro hijos; sus embarazos y sus partos fueron normales. No experimentaba el menor dolor en el punto operado. Como éstos, puedo citar otros muchos casos.

Los inconvenientes del ano artificial se exageran tambien mucho, y cuando son reales y positivos, unos se pueden prevenir y otros remediar. El mayor de ellos, que es la estrechez del orificio, se previene dando á la abertura la extension suficiente, para que retraida, permanezca de las dimensiones necesarias.

El prolapsus del intestino se corrige con un diafragma de caoutchouc, ó un cojincito cualquiera comprimido suavemente con un vendaje bien puesto.

Las ulceraciones y las erupciones se evitan con el aseo de la persona; por lo demas, se producen en los anos normales cuando falta éste.

El enflaquecimiento atribuido á la diminucion del campo de absorcion del intestino, se produce raras veces, y cuando el ano está situado en parte muy alta del intestino delgado. Se sabe que el intestino grueso tiene muy poco poder de absorcion.

La expectacion es el peor de los medios. La clínica nos enseña que las rupturas espontáneas se producen en lugar inconveniente, acompañadas del derrame de las materias en el peritoneo. Los signos de la perforacion terminan por lo regular la escena agravada por los evacuantes.

Por otra parte, aun dado caso que las rupturas llamadas espontáneas trajeran la curacion, es sabido que estos trabajos encomendados á la naturaleza, son largos, abruman á los enfermos, y se hacen muchas veces á costa de la vida, miéntras que el arte las realiza en poco tiempo y ménos perjuicios para el operado. Contando mucho el médico con los esfuerzos de la naturaleza, no debe, sin embargo, fiar en una seguridad falaz. Por más que con frecuencia sea la naturaleza el mejor de los médicos, *natura medicatrix*, anda demasiado á ciegas para que en ocasiones pueda prescindir del auxilio de un lazarillo.

Los casos excepcionales que se citan en defensa de la expectacion, no son razon ni apoyo suficiente para fundar un método terapéutico, sobre todo en oposicion con casos numerosos que demuestran lo contrario.

El número de los enemigos de la operacion va disminuyendo cada dia; los más recalcitrantes impugnadores, reducidos por estas razones, han acabado por aceptar la necesidad de la operacion, sólo en la region perineal.

En una enfermedad en la que no hay medios de curacion que ofrecer al enfermo, el único que puede emplearse hay que acogerle, por dudoso que sea, y ofrecerle como tabla de salvacion.

Una vez que hemos prevenido las objeciones que podrian presentarse á la idea de la operacion, vamos á exponer la doctrina que nos parece más aceptable, y que tiende cada dia á generalizarse entre los especialistas, porque una doctrina que establece sus fundamentos en la naturaleza de la enfermedad, que puede deducirse como corolario de las grandes leyes primitivas de la terapéutica quirúrgica, está sostenida con éxito, y no tardará en alcanzar, por la acumulacion de hechos demostrables, una solidez inquebrantable.

La Colotosmía, cualqniera que sea el lugar en que se practique, *y con tal que sea al nacer*, es el único tratamiento racional y práctico de los vicios de conformacion del ano y del recto.

Vamos á exponer, á nuestro juicio, los principales fundamentos de esta opinion: 1º Considerando la naturaleza del obstáculo para la salida de las materias, y que consiste en la existencia de tejidos vivos en el lugar del canal ó del esfinter, fácilmente se comprende *a priori*, que la única manera de obviarlo es dividir los tejidos á su mismo nivel, ó practicar una abertura encima de ellos. 2º La operacion del ano artificial no es un método extraordinario ó nuevo en la cirugía, sino una aplicacion más de la ley terapéutica general que prescribe franquear los canales ó los orificios estrechos, ó la creacion de orificios artificiales en su lugar de siempre ó en otro cualquiera, cuando un trabajo plástico, congénito ó morboso, los oblitera.

Cosa semejante es lo que se practica todos los dias en la pupila para dar paso á los rayos luminosos.

En los canales lacrimales y nasales, para dar salida á las lágrimas: en la tráquea para expeditar la entrada y la salida del aire; en el orificio auditivo, en el bucal, en el exófago, en el estómago, para facilitar la llegada de las ondas sonoras ó de los alimentos. Es, por último, lo que se practica en el cuello del útero ó en el esfinter vaginal y cualquiera otro, siempre que una causa cualquiera determina en un esfinter la oclusion permanente que le impide el ejercicio de sus funciones. 3º La irrefutable autoridad de los hechos de observacion, demuestra que los niños que nacen con vicios de conformacion, y no se operan, mueren necesariamente todos, miéntras que de los que se operan se salvan algunos. 4º El argumento árido, pero exacto de las cifras de las mejores estadísticas, enseña que el guarismo de los buenos éxitos es mayor; miéntras es más simple la deformidad, más pronto se opera y son más favorables las condiciones en que se opera y menores los incidentes de la operacion.

De estas premisas deducimos lógicamente la conveniencia de la operacion;

y para no incurrir en un sofisma, no la aceptamos absolutamente. Para nosotros, no todos los casos son operables ni todos los sugetos buenos para operar. La regla tiene sus excepciones.

El pronóstico de la misma operacion varía en los diversos individuos, y aun en el mismo individuo en circunstancias determinadas del sugeto y del acto operatorio en sí mismo. En ciertos casos, la deformidad es tan considerable, que nada puede el arte contra ella; en otros, la deformidad es simple, pero el estado del sugeto no promete esperar nada de la intervencion.

¿Se debe intervenir en los casos de atresia incompleta?

Esto depende de la facilidad con la cual salgan las materias. Si se comprueba una dificultad notable, es necesario intervenir, y la operacion tendrá dos objetos: 1º Dilatar el conducto demasiado estrecho. 2º Crear un ano en su lugar normal ó en otro cualquiera del perineo. Este es el sentir de muchos cirujanos. En nuestro concepto, aunque la salida de las materias sea fácil de pronto, debe intervenirse, porque las materias endurecidas por absorcion de parte líquida ó hechas consistentes por los progresos de la edad, obstruyen fácilmente el canal y provocan los fenómenos de retencion y asfixia poco tiempo despues, circunstancias en las cuales la operacion tiene ménos probabilidades de éxito feliz.

De lo contrario, podrá verificarse la funcion fecal en ciertas variedades, pero haciendo un uso constante de los medios paliativos.

¿Cuándo es oportuno intervenir?

En este punto la opinion es uniforme. Debe operarse pronto; pero los enfermos se operan *in extremis.* Si en México se interviniera más pronto ó con más oportunidad de la que se interviene en la práctica actual, habria más confianza en los recursos de la cirugía, seria su aplicacion más eficaz y se curarian mayor número de enfermos. Esta es una verdad que debemos procurar, todos en nuestra escala, vulgarizar con empeño entre las gentes extrañas á la medicina. En los vicios de conformacion es donde más de bulto se ve esta verdad. Las deformidades son más curables de lo que generalmente se cree; y no hay enfermedad de éstas, por poco susceptibles que sean de curacion, que no lo sean infinitamente más en la primera infancia que en cualquiera otra época de la vida.

La experiencia nos conducirá con el tiempo á esta conclusion.

Acontece al médico en el presente caso encontrarse en una de esas situaciones difíciles en que la afeccion se burla de todos los medios del arte, y que sólo le queda al médico intentar un solo recurso para salvar la vida de su enfermo del cercano peligro que le amenaza; pero este medio es incierto en su resultado, y si fracasa, casi infaliblemente se atribuirá la muerte al empleo de este extremo remedio. ¿Cuál debe ser la conducta del médico en tan peligro-

sa situacion? Es muy sencillo. Debe hacer lo que su razon, ilustrada por la ciencia, le prescriba, y aguardar con calma el resultado de su determinacion generosa. Si un feliz éxito corona su atrevida tentativa, lo atribuirán á los felices esfuerzos de la naturaleza, lo que dispensa honrosamente de todo reconocimiento. Si el remedio es impotente para conjurar el término fatal, se le imputará, no obstante, la muerte, haciendo caer sobre el médico que lo haya aconsejado, toda la responsabilidad del acontecimiento. Poco importa. Ha cumplido con su obligacion, no teniendo otro recurso que bajar la cabeza y prescindir de esta justicia de los hombres, aguardando la de Dios.

El terror que ha inspirado siempre la cirugía, ha hecho de los actos operatorios, por sencillos y fáciles que sean, un recurso al que se ocurre en los últimos momentos, y con frecuencia en las condiciones más desfavorables, tarde y fuera de propósito. Esta dificultad con que tropieza el cirujano las más veces, sube de punto cuando el acto manual tiene que ejecutarse en el niño. En la operacion del ano artificial, como en todas aquellas que tienen por objeto el restablecimiento de una funcion indispensable para la vida, es donde más de bulto se ve esta vieja preocupacion, que es necesario desterrar de la práctica, y donde esta añeja y perniciosa costumbre produce más víctimas. *Se debe operar lo más pronto posible, porque es una condicion indispensable del buen éxito de la operacion, ántes que aparezca la peritonitis y los fenómenos generales del último período de la enfermedad.* Es un detalle en que queremos llamar mucho la atencion, pues la oportunidad operatoria es la mitad del buen éxito de una operacion bien ejecutada.

¿Debe administrarse cloroformo en esta operacion?

En éste, como en todos los puntos de esta operacion, hay opiniones opuestas y con frecuencia exclusivistas. No queremos negar la conveniencia de que el operado sienta en algunos momentos de la operacion, para que sus gritos y pujidos hagan descender y distender el ámpula ó el punto del intestino que se busca. "Los movimientos del ámpula—dice el Sr. Licéaga—siendo de naturaleza refleja, no se suprimen bajo la accion del cloroformo, como se ve todos los dias en las operaciones que se practican en el recto y en el ano," ventaja que debemos saber aprovechar á su tiempo. No hay que olvidar que se trata de una operacion larga y laboriosa en que se tiene que practicar cortes precisos y algunas veces verdaderas disecciones en regiones muy pequeñas, y que por lo mismo hay que saber el camino que se sigue, el punto donde se va, para lo cual es indispensable contar con las ventajas de la quietud del enfermo y la mayor calma y serenidad de que dispone el operador cuando el paciente está dormido. Hipócrates decia, que la medicina es el arte divino de quitar el dolor. El papel principal del médico es suprimirlo siempre don-

de se encuentre, por ser la mision que nos ha sido encomendada desde la infancia del arte.

Por otra parte, somos enemigos de los principios absolutos en medicina y de seguir doctrinas sistemáticas. La verdad donde quiera que se muestre ó se demuestre, bajo la base del más severo eclecticismo, es el norte de todo juicio práctico. No vemos por qué hemos de seguir una práctica con exclusion de la otra, y no usar indistintamente ambas cuando convenga. *Sólo debe rechazarse en las condiciones graves de asfixia, en la permanencia del agujero de Botal y otras causas que por regla general contra–indican el cloroformo.*

Cuando se dificulte hallar el ámpula, debe suspenderse la administracion del cloroformo, para que los pugidos y los gritos hagan más saliente el ámpula.

¿Cuándo ha de hacerse el ano en el perineo ó en otro punto del tronco, ya sea en la region inguinal ó en la lombar?

En la eleccion de uno de estos medios es de buena cirugía guiarse por el diagnóstico probable del sitio del ámpula rectal. Sabemos ya que se puede esperar el encontrar el ámpula á corta distancia de los tegumentos cuando no se encuentra ano, ó cuando se encuentra solamente un ligero vestigio, cuando tambien el cateter introducido en la vejiga no es fácilmente sentido á través del perineo por el explorador.

Si al contrario, la pélvis está poco desarrollada; si la distancia que separa los isquios ó el diámetro antero–posterior es menor que la normal, nuestras investigaciones nos hacen suponer que el ámpula rectal está situada muy alta, y que se tendrán grandes dificultades para alcanzarla; es necesario crear un orificio anal en la region abdominal ó en la region lombar.

El poco valor diagnóstico que tienen estos datos, y las ventajas que tiene el ano perineal, ha llevado á los cirujanos á intentar la incision exploradora sobre la línea mediana del perineo y dejarla abierta, con la esperanza de ver descender al dia siguiente el cabo terminal del intestino.

Hay cirujanos que han sostenido que á no poder establecerse el ano en el perineo, debe abandonarse al enfermo y desistir de crearlo en otra parte.

Por mucho tiempo ha sido la regla, aun para los casos en que se sospecha la falta de una parte considerable del recto, intentar siempre el ano por el perineo. En este último caso no estamos autorizados á abrir el perineo, por ser inútil producir un traumatismo serio y dañoso con la mira de descubrir un órgano que, segun todas las probabilidades clínicas, no existe ó no puede alcanzarse por esa region.

En caso de decidirse por la colostomía inguinal, ¿de qué lado ha de practicarse, á la derecha ó á la izquierda?

De larga data los cirujanos, y entre otros Dubois, Duret, Desautt y Miriel, han elegido la fosa ilíaca izquierda; y si Dupuytren prefiere la derecha, es

porque pretende alcanzar el intestino fuera del peritoneo. Hace algunos años, Hugier, en una Memoria á la Academia de Medicina, ha pretendido que esta operacion debe ejecutarse á la derecha, bajo el pretexto de que la S ilíaca del cólon en los niños está más frecuentemente á la derecha que á la izquierda. Como en cuestiones en que las opinones se destruyen mutuamente, es necesario dejar hablar á los hechos y á la experimentacion cadavérica. La época de las afirmaciones *a priori* y de las especulaciones metafísicas pasó para no volver. Es necesario poseer hechos y observaciones; siempre observaciones y siempre hechos. Ciertamente es necesario é indispensable que estas observaciones conduzcan á una conclusion, pero ésta debe ser siempre la rigorosa consecuencia de lo que se ha observado. Si no se procede de este modo, todo es confusion, oscuridad y error.

De ciento treinta y cuatro autopsias de niños de ménos de cinco semanas de nacidos, Giraldes ha encontrado ciento catorce veces la S ilíaca á la izquierda. De treinta operaciones de Littre, reunidas por el mismo autor, la S ilíaca ha estado á la izquierda. De treinta necropsias de niños operados de imperforacion, ha visto constantemente el citado especialista, anotada por sus autores, la presencia de la S ilíaca á la izquierda. Estos resultados han sido confirmados por las investigaciones de Curling y Boucart. El primero, en cien autopsias ha encontrado ochenta y cinco veces la S ilíaca del cólon á la izquierda; y Boucart, en ciento cincuenta casos ha visto ciento diez y siete veces este órgano á la izquierda. En resúmen, en cuatrocientos sesenta y cuatro casos, la S ilíaca ha estado situada trescientas noventa y seis veces á la izquierda.

El consejo de Hugier es, por lo visto, malo, ó cuando ménos sólo cierto para Inglaterra.

En cuanto á México, hemos tenido ocasion de observar, y hemos visto constantemente comprobado por el Sr. D. Eduardo Licéaga, uno de los más concienzudos observadores, en su Clínica, en el Hospital de niños, la frecuencia de la disposicion de Hugier. Una percusion cuidadosa y bien hecha, ha demostrado de una manera evidente á dicho señor, este hecho en los casos de recargo del intestino. Cuantas veces hemos hecho autopsias de los recien nacidos para aclarar este punto durante nuestro internado en la Casa de Maternidad, sin poder citar cifras, el mayor número de veces hemos encontrado la S ilíaca á la izquierda.

El estudioso Dr. Hurtado, una de las sonrientes esperanzas de nuestra Escuela, ha llegado á la misma conclusion.

El criterio seguro para resolver la cuestion es el siguiente: Siendo en su esencia la operacion del ano artificial practicada en la parte inferior del vientre, la sutura de la S ilíaca, despues de abierta á las paredes del vientre, de-

be practicarse á la derecha, si está á la derecha, y á la izquierda cuando esté á la izquierda. Mas cuando la Clínica no nos permita discernir el sitio probable de la S, debemos practicarla siempre á la izquierda, porque hasta hoy, el mayor número de autopsias y las operaciones de buen éxito están á favor de la Colostomía á la izquierda.

El pequeño número de hechos anatomo-patológicos no nos permite resolver autorizadamente la cuestion; más investigaciones son necesarias.

Bajo el punto de vista de la medicina operatoria, dos indicaciones inmediatas hay que llenar:

1ª Agrandar el orificio estrecho.

2ª Crear una via enteramente nueva en todas sus partes.

Indicaciones que corresponden á las dos grandes divisiones de la anomalía:

1ª Atresias incompletas.

2ª Atresias completas.

Para realizar las primera indicacion se han propuesto y usado:

1º La dilatacion gradual con cuerpos dilatantes, como la esponja preparada, los tallos de laminaria, etc.

2º El desbridamiento.

3º La simple incision.

4º La Colostomía.

Para cumplimentar la segunda indicacion se han propuesto: 1º, la puncion; 2º, la incision simple; 3º, la Colostomía, y por último, 4º, la expectacion.

Debe desconfiarse siempre de la simplicidad engañosa que ofrece la dilatacion gradual y el desbridamiento del punto estrecho. Estos medios son infieles, incompletos, insuficientes. La dilatacion, además de lo largo del procedimiento en circunstancias tan apremiantes, desgarra las partes de una manera irregular y no puede limitarse su accion. La simple incision sin sutura, tiene el inconveniente de predisponer al flemon perineal por la infiltracion de las materias en el perineo.

Las yemas carnosas obstruyen el canal abierto, y vuelven las condiciones y por consiguiente los fenómenos de obstruccion ya conocidos. "La falta de " rectificacion ha sido la causa de que ciertas aplicaciones de terapéutica mé" dica ó quirúrgica fueran aceptadas y propagadas, sin más apoyo que el en" tusiasmo de sus autores." (EDUARDO LICÉAGA.)

En el número de esas aplicaciones entran las que vamos á señalar. Los autores clásicos dan el consejo, en los casos de obliteracion del recto, sin señales de ano, proponerse buscar el intestino procediendo por incisiones sucesivas hasta la profundidad 0,04 hasta encontrar la ámpula rectal; abrir esta ámpula en muchos sentidos, introducir una cánula de goma elástica para

mantenerla abierta, y la operacion queda de este modo terminada. El procedimiento que hemos descrito es no sólo insuficiente, sino nocivo. Es insuficiente en los casos en que se encuentra el recto inmediatamente bajo la piel, y es nocivo cuando la ámpula se encuentra á una gran profundidad. En este último caso, procediendo de tal manera se hace una herida en los tejidos de la pélvis; esta herida, irritada por el paso de las materias meconiales, se inflama, se indura, y de esta induracion plástica resulta una tendencia á su obliteracion. Se debe, pues, renunciar á tal medio. El procedimiento imaginado por Amussat, seguido con ventaja por Dieffembach, preconizado por Friedberg, es con mucho preferible, es el que debe ser empleado. Demanda cierto hábito, una gran habilidad en su ejecucion, presenta dificultades, pero todo esto es nulificado por los resultados que ninguno otro procedimiento puede dar. El procedimiento de Amussat es aplicable á las atresias anales completas, á las atresias recto–vaginales y ano–rectales.

Un procedimiento, no dirémos muy extendido entre los cirujanos, pero sí entre los médicos y las parteras, consiste en encajar un trócar en la region perineal y en ir al acaso al encuentro del ámpula rectal. Sin hablar de los casos innumerables en que ésta no ha sido perforada y sí lo ha sido la vejiga, y de la penetracion del saco peritoneal, y otros accidentes, nunca protestarémos demasiado contra un procedimiento ciego, brutal, sólo justificado por su sencillez. Aun en los casos más sencillos en que esté de manifiesto detrás de la piel pelúcida el ámpula rectal llena de meconio, abandónese el uso del trócar, cuyo menor inconveniente aun en los casos más fáciles, es ofrecer una abertura absolutamente insuficiente, y por de contado tendiendo á obstruirse en cada momento. Reservemos, pues, al trócar el papel de explorador que le ha asignado Trellat; y aun es un mal instrumento de exploracion.

No debemos seguir adelante sin decir, aunque sea de una manera general, algunas palabras acerca del sugeto que va á someterse á la operacion, y de las circunstancias que le rodean.

El niño y el adulto se conducen de un modo diverso delante de las enfermedades y de los agentes terapéuticos. En la infancia, no sólo encontramos más actividad de reaccion á la accion de todas las influencias nocivas, hasta el punto de ir acompañadas de violentos trastornos, enfermedades relativamente pequeñas; de ofrecer mucha ménos resistencia á la influencia de un clima desacostumbrado, y de sufrir los malos efectos de los venenos, y en particular del opio á dosis pequeñísimas, sino que hay un gran número de enfermedades que aparecen con frecuencia, y algunas exclusivamente en esta época de la vida. A este grupo corresponden ante todo, las enfermedades infecciosas que tienen sus manifestaciones en la piel: la escarlatina, el sarampion, la viruela, la roseola; las afecciones cutáneas puramente inflamatorias,

existen notablemente en los recien nacidos durante el período de su lactancia. Entre las afecciones de los huesos, el raquitismo aparece casi exclusivamente ántes de los tres años. La tos ferina y el crup primitivo de la laringe son propiedad casi exclusiva del primer decenio. Este hecho es absolutamente lo mismo en cirugía. Las enfermedades quirúrgicas del niño, comparadas con las del adulto, ofrecen diferencias parciales en la especie, y sobre todo en su grado; la sintomatología de ciertas afecciones, es particularmente distinta de la del adulto; la marcha de algunas afecciones es diferente, y por consiguiente el pronóstico: las afecciones que no ofrecen diferencias marcadas son, no obstante, más ó ménos modificadas por las particularidades que imprime á los estados morbosos la constitucion del niño, la movilidad de ésta y el rápido movimiento de los diversos actos orgánicos que caracterizan la infancia.

Hay cierto número de enfermedades quirúrgicas que no se encuentran más que en los niños; tales son los vicios de conformacion, los despegamientos epificiarios,[1] el raquitismo, la sífilis congénita, la incontinencia de orina, la gangrena de la boca y de la vulva, lo mismo que un gran número de afecciones congénitas, como el hidrocéfalo (bajo sus diversas formas congénitas), los tumores benignos y algunas otras afecciones del mismo género. Hay otro grupo de enfermedades que pueden ser colocadas prácticamente en la misma clase, y de las cuales no se puede decir, propiamente hablando, que se encuentren exclusivamente en el niño: tales son la inflamacion de las amigdales, los pólipos del recto, la coxalgía, los cuerpos extraños de la oreja y de las fosas nasales.

El desenlace de las operaciones y de los accidentes traumáticos en el niño y en el adulto, constituye un objeto de estudio, sobre el cual el tacto y la experiencia del cirujano deben ejercitarse especialmente. Podria creerse que basta tener á los niños operados, tranquilos y divertidos para estar al abrigo de un contratiempo, como las hemorragias por ejemplo, y no es así.

El niño de padres tuberculosos, escrofulosos, sifilíticos, ó con algun estado general avanzado; los de padres muy jóvenes, ó viciosos, ó muy ancianos; los que tienen la atresia de Parrot; el hemofílico; el tuberculoso; el estrumoso; el raquítico; el anémico por hemorragia del cordon umbilical; el que padezca icteria ó algodoncillo; el que estuvo expuesto al aborto; el que haya sido extraido del claustro materno por el parto manual, el forceps ó la version; el que se ha salvado de la asfixia por los medios recomendados; el que sea portador de algun vírus; el envenenado por el miasma palustre; el que tiene alguna afeccion nerviosa, como la alferesía; el que lleva un vicio de conformacion muy complexo; el vicio de conformacion que se complica del la-

1 Algunas de estas afecciones, como el crup, se observan igualmente en el adulto.

bio leporino, de hernia abdominal, de espina bífida, de hidrocefalia; los que tienen la deformidad por herencia; los niños muy gordos, muy sanguíneos ó nerviosos; los que se lactan artificialmente; los que se han sometido á un tratamiento imprudente, pero sobre todo, los que *se operan muchas horas despues de nacidos y que se les ha declarado la peritonitis y el estado general grave de la oclusion intestinal, son malos para operar.*

Los que viven en malas casas de vecindad, ó hacinados en los hospitales, en los pisos bajos y húmedos, en los cuarteles insalubres de la ciudad. La entrada del verano y del invierno; la constitucion médica ó epidémica catarral, de fiebres eruptivas, de erisipela; la falta de abrigos; la necesidad que impone el estado anatómico de seguir un procedimiento que no es bueno ó no está indicado, están en malas circunstancias para operar.

Los niños que no son muy grasosos, ó no están tampoco muy estenuados; los que no tengan las condiciones señaladas como malas para operar, ó que las tengan en menor número; los que acaban de nacer, ó no han pasado las veinticuatro primeras horas; el que lleva una anomalía de las comprendidas en la clasificacion que hemos aceptado, ó en que la operacion puede llenar alguna indicacion para mejorar su estado; el poder seguir un procedimiento de eleccion, estos son buenos para operar.

Las casas particulares donde hay poca gente; los buenos hospitales, en lugar de las habitaciones insalubres de los pobres; los cuarteles salubres de la ciudad; los niños que se alimentan con la leche de la madre ó de una nodriza sana; no haber constitucion epidémica reinante; las temperaturas uniformes, ni calientes ni frias; los que pueden procurarse un aseo constante y la acepsis más completa, están en buenas circunstancias para operar.

A la operacion del ano artificial se le llama de diversos modos indistintamente, pero la sinonimia no es justa. Operacion del ano accidental, operacion del ano contra natura, operacion del ano artificial, en nuestro concepto no son expresiones indiferentes, como el uso ha querido hasta hoy.

El nombre de ano accidental conviene cuando resulta de una herida penetrante del intestino que no puede suturarse, y resulta por incidente un ano necesario para la curacion. La segunda denominacion es más propia cuando tiene por objeto colocar el ano en su sitio natural por haberlo puesto la naturaleza en un lugar distinto del suyo. El tercer nombre es más propio cuando tiene por objeto fabricar un ano de que la naturaleza no nos ha dotado, ó no le ha dado las dimensiones necesarias para llenar la funcion exclusiva á que está destinado en la especie humana y en los demas mamíferos. Desde los últimos meses de la vida intra–uterina, y digo exclusivamente, porque el canal digestivo tiene su orificio terminal, únicamente destinado á su objeto. Pero no es así al principio de la evolucion embrionaria. En un período

ménos avanzado del desarrollo, se tiene una disposicion análoga á la que se encuentra en los pájaros y los monotremos, un vestíbulo génito-excrementicial, una verdadera cloaca.

Es necesario no confundir la operacion de urgencia á que puede dar lugar la imperforacion del ano, con la operacion del ano artificial contra *naturæ*. Esta última es una operacion de alta cirugía. Para practicarla se tiene tiempo disponible; se puede uno rodear de ayudantes, pedir consejo á los compañeros; miéntras que un práctico del campo puede ser llamado de repente en la noche y sin ayuda de ninguna especie, á remediar una imperforacion del ano.

Es un caso de la práctica muy importante, que sentimos no tratar con el cuidado que se merece.

En dos circunstancias se puede abrir en medicina operatoria la cavidad del tubo digestivo: con objeto de ingerir alimentos que no pueden pasar por los conductos naturales, ó para dar paso á las heces ó á cuerpos extraños que no pueden tener salida por las mismas vias. Esta abertura puede ser temporal ó permanente. En la operacion del ano artificial se abre el intestino de una manera permanente, á cualquiera altura, ménos al duodeno,[1] segun el asiento del obstáculo, y siempre arriba de éste.

Así como para evacuar la orina y para extraer la catarata, se puede llegar al interior de la vejiga ó á la cámara posterior del ojo por diversos caminos, del mismo modo se puede penetrar á la cavidad del tubo intestinal por muchas regiones para dar salida al meconio en los primeros meses de la vida, y asegurar la expulsion periódica de las heces á perpetuidad.

Tres puntos del intestino son los que con más frecuencia está indicado abrir con este objeto: el ámpula rectal, cuando existe, y en su defecto, el cabo terminal del intestino por el perineo; la S ilíaca por las fosas ilíacas, y el cólon lombar descendente por los lomos.

Tenemos á nuestra disposicion tres regiones para ejecutar la colostomía. 1º La region ano-perineal. 2º La inferior del abdómen. 3º La region lombar.

Tres cánones fundamentales rigen los procedimientos:

1º Hacer la incision abdominal lo más pequeña posible.

2º No introducir los dedos en el abdómen.

3º No mantener el intestino afuera, pasando un hilo por el mesenterio.

Si el fin próximo de la operacion es dividir las paredes del grueso intestino, y coserle á los labios de la herida cutánea, á la mucosa anal en un caso, á la piel del pireneo ó del vientre en otros, resulta que la operacion del ano artificial consta sencillamente de tres tiempos:

1 La duduodenostomía se ha hecho tres veces (Langenbeck, Robertson, Southam), y las tres veces ha sido seguida de muerte.

Primer tiempo. Incision del perineo ó de la pared del vientre.

Segundo tiempo. Busca y atraccion del recto ó del cólon.

Tercer tiempo. Fijacion y abertura del intestino.

Ántes de operar, cualquiera que sea el procedimiento empleado, para impedir todo enfriamiento, siempre funesto en estas circunstancias, es necesario cubrir convenientemente con *ouate* ó franela los miembros y el tronco del niño, y sólo dejar descubierta la parte que se ha de operar. Ha de cuidarse que los lazos que sostienen esta envoltura no estén apretados ni produzcan presion alguna, sobre todo en el tórax y en el vientre: emplear siempre el método antiséptico más riguroso.

¿Cuáles son los instrumentos necesarios?

Dos bisturís, uno convexo y otro abotonado; dos tijeras, una recta y otra curva; sonda acanalada; pinzas de dientes de raton; erinas; dos ganchos separadores; agujas de sutura largas y finas, que podrian en caso necesario suplirse con agujas de coser; hilos de plata ó de fierro cocido, ó seda fenicada, delgados y fuertes; pinzas hemostáticas; para algunos cirujanos, la aguja de Reverdin, que presta señalados servicios. Estos instrumentos especiales, como dice algun autor, son perjudiciales en manos inexpertas que no saben manejarlos, é inútiles á los buenos prácticos que saben acomodarse á todo: miéntras pueda uno pasársela sin los instrumentos especiales, es mejor; el cirujano debe acostumbrarse á operar con los instrumentos comunes de fácil adquisicion, como el buen escribiente debe escribir con cualquiera pluma. Los instrumentos de las bolsas ordinarias son generalmente lo suficiente para llevar á cabo la operacion.

COLOSTOMÍA EN EL PERINEO.

Algunos cirujanos tienen la costumbre de colocar al niño sobre las rodillas y el vientre, ó como lo hacen otros, sobre las rodillas de una persona sentada en una silla: creemos que para no perturbar la respiracion y para evitar la dislocacion del ámpula y satisfacer la comodidad del operador, es preferible poner al enfermo sobre una mesa, en el decúbito supino, la pélvis elevada por un cojin duro, en la posicion de la talla, las piernas dobladas sobre los muslos y los muslos sobre el vientre, porque en esta posicion la mirada penetra más fácilmente en la concavidad del sacro, que debemos tener siempre á la vista.

Primer tiempo.— Previamente vaciada la vejiga, puesta una sonda en ésta ó en la vagina segun el sexo, anestesiado el enfermo si no está contra-indicado, el operador sentado explora con cuidado la region del perineo, ayudán-

dose en esta maniobra del cateter que ha introducido ántes. La forma y la direccion de la incision, ha sido diversamente ejecutada por los operadores. Guersant prefiere la incision horizontal; otros hacen una crucial, otros una curva: la incision vertical al nivel del punto donde existen vestigios de ano, incision poco extensa al principio, pero que puede agrandarse ulteriormente de la raíz de las bolsas hasta el coxis, es preferible, porque nos parece corresponder mejor á las necesidades de la operacion y á las seguridades del enfermo, y porque se encuentra sobre la línea mediana, de la cual á toda costa es necesario no separarse jamas. Por lo tanto, practíquese sobre la línea mediana una incision de tres centímetros de largo que se extienda de la raíz del escroto á la punta del coxis: esta incision divide la piel y el tejido celular de la region y el intersticio muscular cuando existe; el dedo llevado al fondo de la herida en el momento en que el niño grita, permite reconocer el ámpula rectal si ella está cerca de la region, y si ésta está léjos, encuentra fácilmente el instrumento colocado en la vejiga. Continúese la incision capa por capa, de una manera metódica, *siempre* sobre la línea *mediana*, explorando con el dedo el fondo de la herida.

La profundidad máxima á la cual debe penetrarse en la busca del ámpula ha sido tambien muy discutida. Unos se detienen muy superficialmente, y otros, como Samuel S. Thorn, han llegado hasta la profundidad de dos pulgadas y media. No creemos que sea necesario llevar la diseccion á una distancia igual á la longitud del dedo, como lo ha hecho Thorn en dos de sus observaciones (terminadas por la muerte); pero la gravedad de las enterotomías ilíaca y lombar y la situacion en que queda el enfermo, nos autoriza á practicar una via un poco aventurada en la region perineal. A la profundidad de dos ó tres centímetros se debe detener el operador y explorar de nuevo el fondo de la herida, las partes laterales, y sobre todo la parte anterior del lado de la vejiga. Si no se obtiene ningun resultado, se debe continuar hasta la base del sacro, sirviéndose esta vez de un instrumento romo como una espátula, ó del dedo; pero si á esta profundidad no se encuentra el intestino, se debe abandonar la operacion y elegir otro método.

Juan L. Petit ha dado el consejo, seguido por varios cirujanos, de taponar la herida y esperar hasta el dia siguiente, en la creencia de que los esfuerzos del niño empujarian al intestino en esta direccion y que seria así fácil encontrarle.

Esta conducta no debe ser seguida, no obstante ser recomendada por dos grandes autoridades, Holmes y Curling. Una demora de veinticuatro horas es más que suficiente para que se desarrollen accidentes inflamatorios y perder así toda probabilidad de éxito. Por otra parte, estas esperanzas son las más veces defraudadas en la práctica. El intestino reconocido se le coge con una

erina, ó, lo que es más cómodo, con una asa de hilo que se hace pasar por medio de una aguja; se ejercen diversas tracciones y se despegan las partes laterales y anteriores, punto en que el intestino está íntimamente adherido, y se trae hácia fuera.

En las atresias recto-vesicales, se debe proceder á la formacion de un ano artificial en el perineo, por el método de Amussat, tal como acabamos de describirlo. No es conveniente seguir el procedimiento aconsejado por Bertin, que consiste en dividir el perineo y hacer comunicar la vejiga con el recto, formando una verdadera cloaca; algo que recuerda el procedimiento de la talla recto-vesical. Un procedimiento semejante, bien visto, no tiene nada que lo recomiende, y, por otra parte, puesto en práctica, algunas veces ha dado la medida de su lado vicioso.

En los casos que indicamos, el procedimiento de Amussat, modificado segun la disposicion de las partes, es el único, á nuestro modo de ver, que debe ser empleado: por otra parte, en un caso semejante el cirujano sólo puede tomar consejo de lo que observe. Seria ocioso señalar reglas para los casos que no tendrá ocasion de observar.

Segundo tiempo.—La parte más importante del segundo tiempo, bajo el punto de vista de su ejecucion, es la fijacion del intestino, por medio de la sutura, á la herida exterior. La regla que no debe olvidarse es la siguiente: No abrir el ámpula ántes de haberla fijado sólidamente, y de estar cierto que es ella, pues suele tomarse la vejiga por el ámpula. Si resulta ser la vejiga, se quita del campo operatorio, levantándola con un gancho erina. En la sutura se seguirán escrupulosamente las reglas generales de ésta. La fijacion del ámpula debe hacerse á la piel y no á los músculos, y de la manera que dirémos en el procedimiento de Littre. La naturaleza del hilo con que se ha hecho ésta es indiferente para el buen éxito de la operacion.

Tercer tiempo.—Una vez que se ha encontrado el ámpula y se ha traido hácia fuera, se pasan dos asas de hilo al través del ámpula y se fijan los cabos libres sobre los bordes de la herida; se abre el intestino sin cortar los hilos, y cuando está completamente desocupado, se sacan los hilos contenidos en el intestino, se dividen, y se sutura la mucosa con la piel. Se pone un número suficiente de puntos de sutura, y que regularmente bastan con cuatro ó seis para obtener una adhesion completa. Cuando la imperforacion rectal se acompaña de la existencia de un fondo cutáneo más ó ménos extendido en la region anal, esta disposicion reclama una ligera modificacion en la práctica que hay que seguir. Para sacar el intestino hácia fuera y suturarle á la herida cutánea, es de toda necesidad quitar una parte del fondo, sobre todo cuando es muy profundo; en ese caso es necesario dividirle en toda su altura por la parte posterior; de tal manera que se haga una herida que permita poder

buscar el recto. Este, encontrado y traido á la parte inferior, se debe quitar una porcion del fondo de saco anal, á fin de permitir á la superficie sangrante del intestino pegarse á una superficie de la misma naturaleza. Hecho esto, se deben colocar los puntos de sutura necesarios para mantener las partes en contacto. Si existe un infundíbulo en el ámpula, debe cortarse.

DIFICULTADES DE LA OPERACION.

Todo lo que tiene de fácil la ejecucion de estos tiempos cuando el intestino está cerca de los tegumentos, tiene de difícil y peligroso cuando está léjos.

Cuando el recto se termina á más de tres centímetros de la piel, es casi imposible descubrirle, y, cuando se ha descubierto, fijarle á los bordes de la herida cutánea.

Gracias al perfeccionamiento introducido en esta operacion por Verneuil, tenemos un medio de alcanzar el intestino á una altura reputada ántes como inaccesible. Queremos hablar de la reseccion del coxis. No negamos la dificultad de que este sobretraumatismo quite al enfermo una probabilidad más de curacion; pero la gravedad de este estado no es comparable con la que producen los métodos de Littre ó de Callisen. La incision, ó más bien la division mediana del coxis, practicada con las tijeras por Polaillon, le ha parecido suficiente para dar bastante espacio á las investigaciones del ámpula. Miéntras Esmarck desaprueba la reseccion, pretende que se puede obtener el mismo resultado practicando fuertemente la retropulsion del coxis.

La reseccion del coxis propuesta por Verneuil facilita en estos casos singularmente la maniobra y permite terminar la operacion, cuando por el procedimiento ordinario se ve uno forzado á desistir y á crear el ano en la ingle ó en los lomos. Con la reseccion se obtienen estas ventajas: 1ª Se agranda mucho el campo operatorio y se examina mejor la herida. 2ª Se alcanza el recto, por más alto que esté. 3ª Se le fija á la piel sin estirarlo y sin que sea necesario movilizarlo por la seccion peligrosa de las adherencias antero-posteriores.

Está indicado este medio, cuando despues de algunas investigaciones infructuosas no se alcanzare el recto, ó cuando, una vez encontrado el intestino, se experimenten dificultades para llevarlo al nivel de la piel.

MANUAL OPERATORIO.

Hé aquí cómo se practica esta reseccion: Se aisla el coxis por atras, prolongando la incision mediana; despues, sobre los costados, por dos cortes de tijera al ras de sus bordes laterales; en fin, se separa hácia arriba del cuer-

po del hueso, á un centímetro de su punta, con el bisturí ó las tijeras. En la parte anterior del coxis hay un tejido celulo-fibroso resistente, que no contiene ningun vaso notable, que se desgarra con la sonda acanalada.

M. Delens se pregunta si la reseccion del coxis y la destruccion de los medios de suspension del esfinter no serian causa de la caida del recto.

¿La division del coxis es mucho más inofensiva que la reseccion propiamente dicha?

Este es un punto que no se puede resolver, porque hacen falta las observaciones para tener un punto de comparacion.

COLOSTOMÍA ILÍACA, Ú OPERACION DE LITTRE.

La operacion de Littre consiste en establecer un ano, fijando y abriendo la S ilíaca en una herida de la pared abdominal.

Está indicado: 1º En los casos de atresia congénita inaccesible por el perineo, de cáncer inoperable del recto. 2º En ciertos estrechamientos del recto no cancerosos, que es imposible curar directamente. 3º En la compresion del recto por tumores intrapelvianos inoperables.

En este estudio sólo nos referimos á la colostomía aplicada á la primera parte de la primera indicacion.

La descripcion de este procedimiento se la debemos al favor del hábil profesor de la Escuela práctica Médico-Militar Dr. F. López.

Acostado el paciente boca arriba, con los miembros extendidos, y bien sujeto por ayudantes, ó anestesiado, segun las indicaciones del caso, se coloca el operador hácia el lado izquierdo, y empieza trazando con tinta ó tintura de yodo el trayecto de la incision. Ésta debe empezar como á un centímetro arriba de la parte média del arco de Poupart izquierdo, en el niño, y á dos centímetros en el adulto, para extenderse hácia fuera, y arriba en la direccion de la espina ilíaca antero-superior, paralelamente á dicho ligamento, y en la extension de dos y medio á tres centímetros en el niño, y en una extension doble en el adulto.

Primer tiempo.—En la direccion indicada se corta con el bisturí la piel, el tejido celular subcutáneo, la aponeurosis superficial, la aponeurosis fuerte y nacarada del grande oblícuo y las fibras de los músculos pequeño oblícuo y transverso, con mucho cuidado, para poner á descubierto el *fascia transversalis.* Llegando á este punto, se tuercen ó ligan los pequeños ramos de la subcutánea abdominal que se hayan herido, y se cuida la arteria epigástrica que se encuentra en el ángulo interno de la herida. Usando entónces de la pinza, se levanta un pliegue del *fascia transversalis*, se perfora con el bisturí,

y deslizando abajo de esta lámina la sonda acanalada por la abertura practicada, se corta en toda la extension de la herida. Se repite con más cuidado la maniobra para la seccion del peritoneo, y se presentan los intestinos desnudos en el campo operatorio.

Segundo tiempo.—Reduciendo los intestinos, que tienden á salirse, y protegiéndolos con lienzos empapados en aceite fenicado caliente, se toma con el pulgar y el índice de la mano izquierda todo el espesor de uno de los labios de la herida, é invirtiéndolo ligeramente hácia fuera, de manera de tener á la vista la superficie peritoneal, se van pasando con la otra mano y de medio en medio centímetro, por medio de las agujas, una serie de hilos que penetrando á cinco ó seis milímetros del borde peritoneal, atraviesen todo el espesor de la pared del vientre, saliendo sobre la piel á la misma distancia. Debe tenerse cuidado que los hilos de un lado se correspondan con los del otro, y que los ángulos estén provistos de su hilo respectivo. Á medida que se van colocando los hilos, y para evitar confusiones, se tuercen ligeramente los dos cabos correspondientes, de manera de tener, al concluir este tiempo de la operacion, una serie de asas al rededor de la herida, que atraidas en opuestos sentidos por un ayudante, constituyen el mejor y ménos estorboso de los apartadores.

Tercer tiempo.—Se busca en seguida la S ilíaca, que se reconoce en sus abolladuras, sus franjas grasosas y su situacion; se toma con los dedos ó con una pinza, y se atrae hácia la herida, de manera que le sirva como de tapon, sin hacerla salir demasiado. Una vez fija en esta posicion por un ayudante, se toman los hilos de los ángulos de la herida, y ensartando una aguja en el cabo peritoneal, se completa la sutura pasándola al través del intestino, que se fija en los extremos de la herida, anudando las suturas.

Se hace la misma operacion con todos los otros hilos, procurando, hasta donde sea posible, atravesar solamente las dos capas exteriores, sin penetrar en la cavidad intestinal, como en el procedimiento de sutura de Lambert, para evitar la salida, siquiera sea en pequeña cantidad, de meconio, materias fecales ó gases, y su introduccion en la cavidad peritoneal, lo que haria indudablemente fracasar la operacion. Las aberturas de salida de las agujas de un lado, deben quedar distantes de las del otro cuando ménos cuatro ó cinco milímetros, para que en la parte média de la faja intestinal comprendida entre las suturas, y ya éstas apretadas y por lo mismo cerrada herméticamente la cavidad peritoneal, sea en donde se practique inmediatamente ó más ó ménos tarde, segun las indicaciones del caso especial, la abertura que ha de constituir el nuevo ano. Esta última parte de la operacion no tiene nada de especial; se lleva á cabo con el bisturí, las pinzas y la sonda acanalada, con los mismos cuidados que se recomendaron para abrir el peritoneo

parietal. Se le debe dar al nuevo ano una extension primitiva de dos á cuatro centímetros, segun los individuos.

Como se ve, lo que constituye la novedad del procedimiento es la manera de practicar la sutura, que no solamente garantiza un aprontamiento perfectamente exacto de las serosas, y evita el peligro tan grave de la penetracion de materias nocivas en la cavidad peritoneal, sino que es, por otra parte, más fácil de practicar que todos los otros procedimientos recomendados hasta aquí.

Esta útil sutura puede hacerse extensiva á la gastro-estomía, la colostomía lombar, etc., y en general á todas las operaciones en que se tenga necesidad de suturar algun órgano abdominal con la pared del vientre.

DIFICULTADES Y PELIGROS DE LA OPERACION.

Al practicar la incision abdominal, debe cuidarse no irse muy hácia el lado interno, porque se corre riesgo de herir la arteria abdominal superficial

Ántes de abrir el intestino, debe uno cerciorarse de que es realmente el grueso intestino, porque suelen presentarse en la herida otros órganos, tales como una asa del intestino delgado, el testículo, la trompa ó pabellon de Falopio. El grueso intestino puede no hallarse á la izquierda.

Cuando se presentan en la herida otros órganos distintos del grueso intestino, se les quita del campo operatorio, llevándolos hácia un lado con los ganchos separadores ó con la erina. Cuando el intestino no se encuentra á la izquierda, unos están por abrir cualquiera asa que se presente, y otros por cerrar la herida y practicarla á la derecha. Si hay hemorragia, no debe despreciarse la compresion con las esponjas, la torsion ó las pinzas hemostáticas colocadas en el curso de la operacion; y más tarde, la ligadura permite hacerse dueño de ella.

COLOSTOMÍA LOMBAR.

La operacion consiste en establecer un ano, fijando y abriendo el cólon descendente, y algunas veces el cólon ascendente en la region lombar correspondiente.

Sus indicaciones son las mismas que para la operacion de Littre.

El cólon lombar en los recien nacidos presenta relaciones que pueden variar mucho. Colocado delante del cuadro de los lomos en la capa grasosa que envuelve el riñon, está delante de este órgano y se encuentra en gran parte cubierto hácia atrás por él. El peritoneo envuelve al intestino, le forma un mesenterio, y deja un intervalo más ó ménos ancho á través del

cual es necesario pasar para alcanzar el cólon descendente sin penetrar en la cavidad abdominal. Para esto es necesario practicar una operacion en la region lombar, pero la direccion y la forma de la incision ha variado mucho. A Callisen se le atribuye la incision longitudinal paralela al borde externo del músculo cuadrado de los lomos; Amussat empleó originariamente la incision horizontal, cruzando en ángulo recto el borde externo del mismo músculo; en fin, se puede hacer oblícua, y es el procedimiento de Boudens. La oblícua nos parece preferible á las otras, porque da más ensanche á la herida, permitiendo observar mejor el cólon; sigue la direccion de los nervios y de los vasos que atraviesan esta parte, quitando el riesgo de su division; sigue el doblez ordinario del tegumento del enfermo cuando éste se quede recostado, favoreciendo así la reparacion de la herida; y por último, parece que tiende á prevenir mucho el prolapsus del intestino, á que siempre se halla predispuesto en esta operacion.

El mejor método para practicar la colostomía lombar es el siguiente:

Primer tiempo.—Si la operacion ha de hacerse en su situacion ordinaria, el paciente se coloca sobre su lado derecho, con una almohadita debajo del costado, de suerte que el cuerpo quede ligeramente encorvado hácia la derecha, y el espacio entre la última costilla y la cresta del íleon de la izquierda sea lo más ancho posible. El cirujano entónces mide de la espina anterior y superior del íleon á la posterior superior, llevando la cinta directamente de una á otra, y no á lo largo de la cresta del íleon. Del punto medio entre las dos espinas, ó media pulgada abajo, se traza una línea vertical hácia arriba. En esta línea se marca exactamente el punto medio entre la útima costilla y la cresta del íleon. Se hace entónces una incision, ó trasversal ú oblícua, inclinada ligeramente hácia abajo y hácia adelante, pasando sobre este punto; debe ser de tres á cuatro centímetros de largo, mitad de cada lado de la línea vertical. Si las medidas han sido bien tomadas, la extremidad posterior de la incision debe caer en el borde externo del músculo sacro-lombar. De hecho, el borde de este músculo es mejor guía que la línea vertical de que hemos hablado. La incision se profundiza firmemente á través de la piel y de la facia superficial, por ligeros cortes de bisturí. Despues de divididas éstas, el oblícuo externo aparece á la vista en los dos tercios anteriores de la herida, y el largo dorsal en el tercio posterior; éstos se dividen, pasando el bisturí ligeramente á lo largo de la herida, y el oblícuo interno aparece entónces, y se le corta del mismo modo. La facia lombar se presenta á la vista; este es el primer punto de referencia importante. Debe ser tomada con mucho cuidado con las pinzas de diseccion ó de dientes de raton, y abierta con el bisturí tenido horizontalmente. Un bisturí romo guiado sobre el dedo, se introduce por la abertura, y se divide la facia lombar libremente en toda la lon-

gitud de la herida. En este estado, el último nervio dorsal y la arteria que lo acompaña quedan divididos. El vaso debe ser torcido ó ligado. La incision á través de la facia lombar siempre abre la vaina del cuadrado lombar, cuyo borde debe ser cortado ampliamente si obstruye la herida. Al dividir los músculos debe atenderse á dos cosas: 1ª Que éstos y sus envolturas estén divididos en la misma extension que la piel; de otro modo, el cirujano continuaria penetrando en un profundo agujero cónico, en el fondo del cual no acertaria á reconocer el intestino que busca. 2ª Evitar el empujar hácia abajo en direccion de la cresta del íleon.

En este período de la operacion deben colocarse dos ganchos separadores en la herida, para mantenerla ampliamente abierta. El tejido grasoso se presenta, y debe ser cuidadosamente quitado. Los pacientes flacos no tienen esta grasa. La *facia transversalis* aparece en seguida. Ésta tiene una estructura muy variable; en algunas niñas gordas es apénas reconocible, miéntras que en algunos niños flacos es á menudo tan fuerte, que puede ser confundida con el peritoneo ó el intestino. Debe ser cuidadosamente dividido en la parte posterior de la herida. El tejido grasoso sub-peritoneal se presenta en cantidad proporcionada á la del paciente, y debe ser cuidadosamente arrancado. Entónces se ha llegado al intestino.

Segundo tiempo.—El cólon está muy distendido, de color verdoso, y habitualmente se levanta dentro de la herida; otras veces el intestino puede estar pegado. En este estado, no sólo es difícil de encontrar, sino que además, la parte no cubierta por el peritoneo es tan pequeña, que es difícil hacer una abertura sin herir esta membrana. En muchos casos, si la *facia transversalis* ha sido bastante dividida, se levantará al nivel de la piel. Si esto falta por algun accidente, se encontrará el intestino metiendo el dedo índice hasta sentir la extremidad inferior del riñon inmediatamente enfrente del cual está el cólon. Comprimiendo el abdómen, se le puede hacer aparecer. En otros casos puede hallarse poniendo al enfermo sobre su espalda, introduciendo por la parte posterior de la herida el dedo índice, y tomando entre este dedo y el pulgar las partes que están en contacto con él. El paciente es vuelto sobre el costado opuesto á la herida. Cualquiera que sea el método empleado, el intestino debe ser sacado hasta el nivel de la piel. Cuando se ha cogido el intestino, se le saca arrollado parcialmente, con el fin de descubrir su superficie posterior, porque si no se hace así, se corre el riesgo de herir el peritoneo, que se halla reflejado en este punto por la superficie anterior á la pared abdominal. Despues de sacar el intestino á la superficie de la herida, si fuese necesario hacerlo, se le fijará al tegumento, lo mismo que hemos indicado en el procedimiento anterior, y una vez fijado, entónces, y sólo entónces, se abrirá el intestino. De este modo el intestino es prontamente ase-

gurado por cuatro suturas, evitando que las materias fecales corran adentro de la herida y se derramen en el peritoneo. En caso de necesidad, se pueden hacer más suturas; y si se teme el derrame abundante de estas materias, puede tocarse la herida con cloruro de zinc, y la parte posterior sobre la cual han de correr, puede ser untada de vaselina ó aceite fenicado, ántes de abrir el intestino.

Tercer tiempo.—La abertura del intestino se hace con las tijeras ó el bisturí sobre una sonda acanalada. El intestino y la herida pueden ser lavados tanto como se pueda, convenientemente.

CUIDADOS CONSECUTIVOS.

Los cuidados consecutivos tienen aquí una importancia muy grande. Consisten en la aplicacion rigurosa de la asepcia. Así, despues de la operacion, la parte anterior de la herida deberá cerrarse con suturas; pero la posterior deberá dejarse en parte abierta, y si es necesario se introduce un tubo de canalizacion para evitar la formacion de un seno de pus en el tejido aereolar sub-peritoneal. Entónces se aplica y se cambia con frecuencia la curacion. Ésta puede consistir en una compresa de estopa cardada, ó de algun otro material antiséptico absorbente. Un mollar de hilas ó un lienzo picado empapado en aceite fenicado (al 10 p§) pueden ser aplicados inmediatamente á la piel, practicándoles un agujero que corresponda al intestino.

Una de las complicaciones más frecuentes de la operacion es el eritema, que llega á veces hasta la erisipela franca. Debe prevenirse con cuidado.

El éxito de la operacion cuando se hace en buenas condiciones, depende de la manera con que el niño es alimentado y atendido: el paciente, despues de operado, debe ser calentado y envuelto en sus pañales. Si despues de la operacion el niño es entregado á la madre ó á una nodriza diligente que cuide de que evacue con regularidad por medio de pequeñas lavativas y de darle de mamar cada dos ó tres horas, y sacarlo á paseo al aire libre, el éxito más completo viene á coronar estos perseverantes esfuerzos.

Otra de las consecuencias de la operacion, de que no se puede hacer punto omiso, es la tendencia constante del intestino al prolapsus, sobre todo en este procedimiento de colostomía lombar.

Aunque el rodete del intestino de los primeros dias es pequeño, aumenta de dia en dia, y acaba por formar un tumor como de diez centímetros de diámetro, ofreciendo en sus extremidades los orificios de entrada y de salida. Este desarrollo molesto será combatido con buen resultado con una placa de gutta-percha de la forma del pezon de los senos, perforada en su centro de un agujero.

Contra la estrechez consecutiva del orificio, emplean los ingleses, con ventaja, la dilatacion gradual. El Dr. Bryant se muestra entusiasta partidario de la esponja preparada. Verneuil pretende resecar las dos terceras partes de la circunferencia del intestino, pero este medio no es practicable en el niño.

Hemos llegado al centro de la discusion.

Entre los métodos inguinal y lombar ¿cuál es el de eleccion? Pocas cuestiones hay más debatidas; y sin embargo, no está resuelta autorizadamente la cuestion, lo que prueba una vez más, que no es en las borrascosas sesiones de las academias, en las virulentas polémicas de la prensa periodística, en el chismerío de los corrillos profesionales, reprobados por la moral y el honor, donde hay que ir á buscar la verdad. Ante las desnudas realidades de la práctica, en la pestilente atmósfera del anfiteatro anatómico, en la elocuencia de las cifras estadísticas, en la comparacion de los hechos clínicos bien observados, en las diversas prácticas antiguas y modernas, en el análisis de las verdaderas causas de muerte de los operados, es donde tenemos que buscar un rayo de luz para la solucion de los difíciles problemas de la ciencia quirúrgica, la fórmula del verdadero progreso de esta rama de los conocimientos humanos.

"El conocimiento de aquellas causas de error, ha conducido á los prácticos á someter todos los descubrimientos al análisis, á la experimentacion y á la crítica más juiciosa." (E. Licéaga.)

Dos grandes defectos se han reprochado al procedimiento de colostomía inguinal, comparado con el lombar: la abertura de la cavidad abdominal, y la herida del peritoneo. En cambio, el método lombar es el blanco de todos los ataques. El mismo Callisen desconfia de la eficacia de su operacion. Sabatier y Duret no miran muy aplicable la proposicion del cirujano Danes. Martin desafia al anatómico más ejercitado, que pueda llegar al intestino por el pequeño espacio donde fijado por el messecólon no abriera la cavidad peritoneal. Dupuytren participa de la misma opinion. "La posicion del cólon parece demasiado incierta—dice—y su repliegue peritoneal tiene poco espesor para que se pueda penetrar fácilmente entre las dos hojas que lo componen, sin abrir la cavidad abdominal." Velpeau ha condenado severamente el método de Callisen. Hé aquí su juicio: "No merece que se le saque del olvido en que lo han dejado los modernos. Incomparablemente más difícil y no ménos peligroso, será más incómodo que el de Littré." Sólo Allan cree que pueden obtenerse resultados ventajosos con él. Erichesen expresa su juicio de esta manera: "La Colostomía lombar es una de las más importantes adiciones á la cirugía operatoria, y ofrece una admirable ilustracion de la importante aplicacion práctica de un hecho anatómico, en la apariencia trivial, á saber: las relaciones del messecólon con el cólon descendente."

Dejemos á un lado estas apreciaciones prematuras.

A fin de practicarla mejor, cuando haya necesidad de practicar la colostomía y elegir con conocimiento de causa el procedimiento preferible entre el ano inguinal y el ano lombar, el cirujano debe estudiar con cuidado las tres cuestiones siguientes, que son el criterio mejor para juzgar de la cuestion. 1º ¿Cuáles son las dificultades de la operacion? 2º ¿Cuáles son los peligros? 3º ¿Cuáles son los inconvenientes del ano contra *naturæ* en estas dos situaciones?

I.—Dificultades de la operacion.

Se admite ordinariamente que es más laborioso practicar la colostomía en la region lombar que en la inguinal, debido á la mayor profundidad del intestino en la region lombar, y á la dificultad de distinguir bien el intestino que ha sido descubierto. En ciertos niños se presentan otras dificultades además de las ordinarias. En los muy grasosos, la profundidad es tal, que se necesita hacer una incision muy grande para llegar al cólon. El volúmen del riñon es muy variable en esta época de la vida, y cuando es grande, puede cubrir y ocultar completamente el intestino, tanto más, cuanto que muchas veces el cólon, en lugar de estar dilatado por el meconio, como podia creerse, está contraido y muy difícil de descubrir. Se pueden encontrar anomalías en la situacion del intestino, que no permiten abrir el cólon en la region lombar izquierda.

Se encuentran dificultades análogas para establecer el ano en la ingle. Puede no hallarse la S ilíaca á la izquierda, y pueden presentarse en la herida una asa del intestino delgado, el testículo, la trompa ó pabellon de Fallopio.

Las veces que hemos practicado esta operacion en la Casa de Maternidad en niños que han nacido muertos, ó muertos pocas horas despues de nacidos, con objeto de aclarar este punto, hemos encontrado la operacion más fácil en la ingle.

Las anomalías en las relaciones del cólon, hacen muy difícil la colostomía, tanto en la region de la ingle como en la region lombar; pero las dificultades se presentan con más frecuencia en esta última que en la ingle, de donde resulta que las dificultades operatorias son mayores en la colostomía lombar.

Un cirujano poco experimentado, encontrará más fácil el procedimiento en la ingle.

II.—Peligros de la operacion.

Los casos de colostomía son todavía pocos para que se pueda establecer una comparacion suficiente entre los dos métodos. En el cuadro estadístico

que ha publicano Curling, en las transacciones médico-quirúrgicas, los resultados de las operaciones que pueden dar conclusiones ciertas, están más bien á favor de la colostomía inguinal. Cuando se establece un ano contra *naturæ* en la region lombar, aun sin abrir la cavidad abdominal, la herida que se necesita para la operacion es más grande y más profunda que para la colostomía inguinal. Además, como han indicado ya la mayor parte de los especialistas, hay más probabilidad de herir el peritoneo en la colostomía lombar que en la colostomía inguinal, cuando el intestino está vacío, recogido sobre sí mismo y fijado por un messecólon largo. Es necesario no olvidar que una gran parte de los accidentes desgraciados que sobrevienen á consecuencia de la colostomía lombar é inguinal, se deben en cierta manera á las lesiones y alteraciones que han reclamado el establecimiento de un ano artificial.

III.—¿Cuáles son los inconvenientes del ano contra naturæ en estas dos situaciones?

Cuando se ha establecido un ano artificial en la region lombar ó en la ingle, es necesario que sea capaz de llenar sus funciones, y que no sea demasiado incómodo para el enfermo. Es un punto muy importante y que se tiene que determinar cuando se quiere formar un juicio comparativo de las operaciones hechas en una ú otra region. El cirujano debe ilustrar á los padres del niño acerca de los inconvenientes y de las molestias del ano contra *naturæ*, necesario para conservar la vida, con el fin de que juzguen por sí mismos de la oportunidad de la operacion.

Es raro que despues de la colostomía en la ingle tenga tendencias á estrecharse el ano artificial; deja, por el contrario, ordinariamente, un paso fácil á las materias, lo que no sucede con el ano colocado en la region lombar. En todos los enfermos operados se ha observado con más frecuencia en el procedimiento lombar que en el inguinal, una inversion ó un prolapsus del intestino, variando próximamente de una á cuatro pulgadas, y, cosa notable, este prolapsus se produce á expensas de la parte del intestino situada más allá de la abertura artificial, y esto debido sin duda á esta circunstancia: que el cólon se adhiere á la abertura lombar por su parte inferior, miéntras que encima permanece libre y puede deslizar fácilmente. Este prolapsus origina pocas molestias, y aun puede impedirse casi enteramente por medio de un aparato bien hecho que ejerza una moderada compresion, como ya hemos dicho ántes.

PRONÓSTICO.

La operacion del ano artificial es una operacion muy grave, tanto más cuanto más grave es la forma de la anomalía. Entre éstas, la forma más grave es la atresia recto-vesical, y la ménos grave es la atresia anal simple. Las formas complicadas son más graves que las formas simples.

La prontitud de la operacion es el primer elemento para el buen éxito de ella; así es que no hay que contemporizar. La gravedad aumenta en proporcion de las horas que se retarda la intervencion, y en la generalidad de los casos, el momento más propicio es inmediatamente despues del nacimiento. La estadística arroja una cifra muy alta en la mortalidad de esta operacion, pero es necesario tener en cuenta esta reflexion: que se hacen figurar en el pasivo de la operacion muchos casos de muerte que evidentemente no le pertenecen, porque la causa de muerte no ha sido la operacion, ó no ha sido ella la única; tal se deduce del análisis de los datos estadísticos. En la suma ántes dicha vemos figurar entre los casos de mal éxito á los operados que han muerto de una enfermedad intercurrente dos ó tres meses despues.

No es esta la sola causa de error; hay desastres en rigor necesarios, por practicarse la operacion en el terreno de la pura aventura operatoria, ofrecida como una probabilidad remota de salvar la vida. El practicar la operacion no estando indicada y en malas condiciones del sugeto y de las circunstancias que le rodean, la falta de desarrollo y la erisipela, son los factores que más comunmente, además de la gravedad de la operacion, concurren á producir la muerte. La falta de escrupulosa sujecion á las reglas y precauciones recomendadas para ejecutarla, por los especialistas, son otras tantas causas de muerte para los operados. La gravedad de la operacion varía con el lugar en que se practica: la colostomía perineal es ménos grave que la inguinal, y la lombar y aquella, ménos graves que ésta, y ésta más grave que aquellas. Otra circunstancia hay que tener en cuenta, por agravar considerablemente el pronóstico: es el mal estado general del presunto operado. Los inconvenientes y las molestias consiguientes al ano contra *naturæ*, la posibilidad de su estrechez y el prolapsus consecutivo, son un motivo que debe tenerse en cuenta para el pronóstico. Los operados de ano artificial mueren de peritonitis, y es necesario no olvidar que muchas veces existe ántes de la operacion, provocada por una intervencion imprudente ó por aplazar la operacion.

Se ha concluido, segun Boyer y Bigelow, uno de los cirujanos más distinguidos del Nuevo Mundo, en la no viabilidad de los niños imperforados; decision cuya gravedad se comprende desde luego. Es un error crasísimo que importa no dejar acreditar, y la mayor parte de los cirujanos, Giraldes entre

otros, han clamado en contra de esta apreciacion. En efecto, la estadística prueba que ciertos individuos operados á tiempo, han podido alcanzar hasta la edad de cuarenta y ocho años. No se puede, en consecuencia, declarar no viable un niño que si se abandonase moriria ciertamente, pero que con los socorros del arte puede llegar á pasar los límites de la vida média.

Por lo expuesto se deduce, que el pronóstico de la operacion es de lo más sombrío, pero es necesario confesarlo con valor, si no se quiere asumir la responsabilidad de los desastres, no olvidando que la ciencia del pronóstico, dice Reydellet, es la ciencia de los médicos observadores, es la que distingue al hombre profundo del simple rutinero.

CONCLUSIONES.

1ª Observar los preceptos de la higiene en los meses menores del embarazo.

2ª Evitar las caidas, los golpes, los enfriamientos, las impresiones morales; todas las causas, más ó ménos problemáticas, consideradas como orígen de las deformidades.

3ª Las lavativas, la medicacion purgante, la dilatacion y la puncion son generalmente perjudiciales y están formalmente contraindicadas.

4ª Los medios paliativos deben usarse con mucha reserva y en determinadas circunstancias.

5ª La operacion de la colostomía es el único tratamiento racional y práctico, con tal que se ejecute inmediatamente despues del nacimiento.

6ª Todos los procedimientos son buenos cuando están indicados.

7ª Preferir la colostomía perineal. Sólo cuando ésta no sea posible por no estar indicada, practíquese la colostomía inguinal á la izquierda.

8ª En caso de poder elegir entre los métodos de Littré y de Callisen, dar la preferencia al primero, practicado á la izquierda.

9ª Incurre en responsabilidad el cirujano contemporizando con la idea de no operar, ó retardando la intervencion.

10ª La operacion es casi siempre muy grave. La gravedad aumenta con las horas que se retarde la intervencion.

11ª La colostomía puede no tener más que un valor paliativo, y aun en este caso debe aplicarse, y es de los mejores medios.

12ª Esmerarse en seguir los cuidados anteriores y consecutivos á la operacion, como una condicion indispensable de buen éxito.

Tal es el estado actual de la Terapéutica quirúrgica, de los vicios de con-

formacion del ano y del recto. Destinada esta tésis á fomentarentre los estudiantes el gusto por los estudios críticos, no habriamos dado cima á nuestro cometido, si nuestros maestros los Sres. Dres. José María Bandera, Manuel Domínguez, y Fernando López no nos hubieran dado el apoyo de su claro talento, de su recto juicio y de su larga experiencia, que sobremanera agradecemos.

Hemos concluido, señores Jurados, nuestra penosa y larga tarea, no sin fatiga por cierto, ni sin temor de haber abusado, tal vez en extremo, de vuestra benévola é indulgente atencion; pero esperamos que os serviréis excusar nuestra prolijidad, en gracia del objeto que se versa, de la necesidad que nos impone el desarrollo y extension de una materia tan importante, y de las exigencias que envuelve el cumplimiento del deber en circunstancias como esta.

Agenos á toda pretension de suficiencia científica ó literaria, y con la conciencia de nuestra nulidad, venimos á depositar en vuestas manos, débil y vacilante como los primeros pasos de un niño, el fruto de largos desvelos, donde de seguro no encontraréis la sagacidad y la rectitud de juicio, compañeras inseparables de otras edades de la vida más expertas y reposadas, necesarias para pesar las indicaciones y contraindicaciones operatorias, para apropiar el Manual operatorio á cada caso particular y á las infinitas variedades de la observacion clínica.

Os damos anticipadamente las gracias, con la esperanza de que este humilde trabajo nos abra las puertas del ejercicio médico, y nos dispense la honra de llamar vuestro compañero y amigo al último de vuestros discípulos.

Eduardo Nicolin y Echanove.

OBSERVACIONES.

1ª—*Un caso de ano artificial practicado con buen éxito en la fosa ilíaca izquierda, en un niño con imperforacion del ano.* [1]

A mediados de 1882, fué llevado á la sala de operaciones del Hospital San Lúcas un niño de un dia de nacido, de buena constitucion, de término, y que estaba afectado del vicio de conformacion conocido con el nombre de *imperforacion del ano.*

No tenia vestigios de ano, ni nada que indicase la existencia probable del ámpula rectal. El niño lloraba continuamente, habia tenido algunos vómitos, y expulsaba la orina con facilidad y sin mezcla de materia extraña. Fué sometido á la anestesia con el cloroformo, y el Sr. Dr. Ramon Macías empezó por practicar una incision en el rafe mediano, adelante del coxis, incision que profundizó poco á poco hasta 3 ó 4 centímetros, en la direccion del recto, sin encontrar huellas de éste, ni aun en los esfuerzos que el niño hacia para gritar. Convencidos de la imposibilidad de encontrar el intestino por esta via, se suturó la herida y se convino en ir á buscarlo en la fosa ilíaca izquierda, en el lugar recomendado por Littré. El Dr. Macías tuvo la amabilidad de cederme el cuchillo para que practicara yo mi procedimiento, que llevé á cabo sin accidente alguno, y con poca diferencia, como consta en la descripcion.

La cantidad de meconio fué muy considerable, y una vez agotado, se colocó sobre la herida un apósito de hilas sostenido con una faja. La curacion se hizo con rapidez y sin accidente alguno, si no fué un prolapsus moderado del intestino, que se corregia con la compresion y la irritacion de la piel por el escurrimiento acre de las materias intestinales. Este niño se nutria conve-

1 Esta observacion nos la proporcionó el Sr. Dr. Fernando López.

nientemente, creció con rapidez, y tuve el disgusto de que muriese dos años despues de pleuro-neumonía.

2ª *Observacion.—Embarazó de siete meses, uterino, poco desarrollado.—Hasta el cuarto dia lo presentaron los padres, por no haber reconocido ni ellos ni la partera el vicio de conformacion.* [1]

Relacion.—"Que el niño no evacuó ni con lavativas ni con purgante de ricino; que el vientre crecia y la respiracion se hacia difícil. No tuvo ni una sola vez los vómitos característicos. Un extraño al arte le hizo una incision de un centímetro, paralela al rafe, comprendiendo sólo la piel."

Enflaquecimiento excesivo; pliegues de la piel de la cara muy acentuados; fisonomía de viejo; púrpura generalizada; vientre sumamente meteorizado, dibujándose las asas del intestino delgado; las venas epigástricas suplementarias muy aparentes; edema de las paredes abdominales muy sensibles á la presion; la respiracion frecuente y entrecortada por la replesion del diafragma. No existia huella de ano, y la disincision practicada la víspera ofreciendo en su fondo el tejido conjuntivo pálido.

Conducta.—*Sin cloroformo y sin que el niño revelara sufrimiento.*—Procedimiento de Amussat en sus primeros tiempos, hasta disecar á una altura como de 3 centímetros, no encontrándose huella del intestino.—Cateterismo de la vejiga con candelilla de ballena.—Colapsus.—Abandono de la tentativa á causa de no encontrar nada á esa altura, siguiendo la cara anterior del sacro. —Ano artificial por Littré á la derecha, teniendo en cuenta la observacion del Dr. Licéaga relativa á la asa de Huguier.—Incision antiséptica del peritoneo.—Presentacion de varias asas de intestino delgado, gangrenadas y desmenuzables entre los dedos.—Peritoneo de las asas vivamente inyectado; reduccion difícil á causa del estado deleznable de las mismas asas; introduccion del dedo índice en el trayecto conocido del cólon ascendente; traccion de éste hasta el nivel de la herida, y fijacion por ocho puntos de cat-gut.—Curacion antiséptica despues de la abertura del intestino, que lo fué en la desembocadura del intestino delgado en el cólon, teniendo á la vista la válvula de Buhin.—Duracion de la operacion, cuatro horas.—Muerte á las doce horas de operado.

Autopsia.—Peritonitis generalizada incipiente; reunion por linfa plástica de los labios de la herida y la pared del intestino. Las suturas de buen aspecto y en su lugar.—El recto reducido á un largo cordon fibroide del diámetro de una pluma delgada, enteramente independiente de la uretra y de la vejiga, terminando en fondo de saco. La S ilíaca del intestino en ámpula muy dilatada y llena de gases.

1 Esta observacion y la siguiente, número 3, se las debemos al Sr. Dr. Francisco Hurtado.

3ª *Observacion.—El niño X, hijo de padres norte-americanos, bien constituido.*—Han tenido tres niños perfectamente conformados, y que viven. Éste nació á término y bien desarrollado, sin ninguna anomalía notable de conformacion, con su ano normal. Me solicitaron la noche del segundo dia de nacido, diciéndome que el niño estaba sumamente inquieto y que no habia podido evacuar, ni con lavativas purgantes ni con aceite de ricino. Sospechando se tratara de una imperforacion del recto, aconsejé que, por lo avanzado de la hora, le introdujeran el dedo pequeño, lo más alto posible, á pesar de decirme su padre que el tubo de la jeringa lo habia llevado á cierta altura, y que no habia sentido nada notable. Aconsejándoles me lo llevaran en las primeras horas de la mañana á la Maternidad, lo hicieron así, y de su estudio se adquirió lo siguiente: Respiracion difícil; ligera cianosis de los labios y la cara; meteorismo pronunciado y vómitos fecaloides. Aparato anal perfecto; tabique membranoso, á 3 centímetros del borde inferior del ano, abombando ligeramente con los esfuerzos y los gritos del niño.

CONDUCTA.—Diseccion á los lados del tabique.—Tentativas infructuosas para fijar los bordes del recto con la piel, por desgarrarse éstos al traerlos con la pinza.—Puncion del ámpula con un trocar grueso, saliendo gases y cantidad grande de meconio.—Creyendo, fundadamente, que si se pensaba en querer llevar el ámpula al nivel de la piel se desgarraria ésta y se heriria considerablemente el peritoneo (vista la altura), se decidió dejar un tubo grueso de canalizacion, despues de haber agrandado con la tijera la abertura hecha con el trócar.—Murió el niño á las nueve de la noche, con 29 grados temperatura y síntomas de colapsus.—La separacion de los isquion, normal.—No se pudo hacer autopsia por oponerse á ello la madre.

4ª *Observacion.*—El dia 2 de Noviembre fuí invitado por el Sr. Dr. F. Hurtado, para asistir á una operacion de ano artificial en el Hospital de Niños, á las tres de la tarde. Se trataba de un niño traido de uno de los pueblos cercanos de la capital, nacido de siete meses, con tinte subictérico bien marcado. Contaba cuatro dias de nacido, y desde entónces no habia tomado el seno ni evacuaba meconio, y con todo el cuadro de síntomas propio de los imperforados.—No habia peritonitis, no habia vestigio de ano; el perineo, bien conformado, exageraba su convexidad con los gritos y los esfuerzos de la respiracion; se podia ver por trasparencia el meconio acumulado.—Habia fluctuacion clara en el lugar donde debia existir el ano.—La percusion de la fosa ilíaca izquierda denunciaba la existencia de la S de este lado.

CONDUCTA. [1] —En vista de estos datos, opinamos de comun acuerdo, en intentar el ano perineal, casi con la seguridad de caer sobre el ámpula sin gran

1 El juicio crítico de esta conducta lo hemos hecho ya en su lugar respectivo.

trabajo, y practicarlo en la ingle izquierda en caso de un fracaso.—El Sr. Dr. Hurtado practicó, sin administrar cloroformo, una incision de 4 centímetros, sobre el rofe mediano del perineo, comprendiendo todo el espesor de la piel, y otra más pequeña en el ámpula, saliendo gran cantidad de meconio; hizo inyecciones de agua fenicada al intestino, y canalizó el ojal con un tubo de caotuchouc; no puso suturas.—Tres horas despues volví á ver al niño, y tenia los mismos síntomas que ántes de la operacion: el tubo aplastado, y no funcionaba.—El operado murió diez horas despues.—No se pudo hacer la autopsia.